CONCOURS D'AGRÉGATION DE MÉDECINE — AVRIL 1907

EXPOSÉ DES TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur Juste COLLE



LILLE

É. DUFRÉNOY, ÉDITEUR

8, rue Jean-Bart

1907

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1

I. — TITRES

Lauréat de la Faculté de Médecine
(Concours 1897)

Externe des Hôpitaux
(Concours 1897)

Interne des Hôpitaux
(Concours 1898)

Aide d'Anatomie
Concours 1899)

Délégué dans les Fonctions de Prosecteur
(Année 1902)

Docteur en Médecine
(Prix de Thèse) 21 Avril 1902

Prix de Thèse
1902

Prosecteur
(Concours 1903)

Aide de Clinique de Chirurgie Infantile
(Concours de 1903)

Membre de la Société de Médecine du Nord
(1904)

Chef de Clinique Chirurgicale
(Concours 1904)

Membre de la Société Française d'Urologie
(1907)

II. — ENSEIGNEMENT

Adjuvat d'Anatomie
(1899, 1900, 1901)

Prosectorat
(1902, 1903, 1904)

Conférences et Démonstrations pratiques d'Anatomie
Démonstrations pratiques de Médecine opératoire

Aide de Clinique de Chirurgie Infantile
(1903-1904)

Chef de Clinique Chirurgicale
(1904, 1905, 1906, 1907)

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — CHIRURGIE GÉNÉRALE

Méthode de Bier

AVEC M. LE PROFESSEUR FOLET

Bulletins de la Société de Médecine du Nord. Écho médical 1906, p. 175.

Exposé des résultats obtenus par l'application de la méthode de Bier à la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Sauveur.

Nous n'avons expérimenté que l'hyperémie passive obtenue par l'application d'une bande de caoutchouc mince, large de six centimètres, enroulée plusieurs fois, aussi loin que possible, du point malade.

La durée de la constriction a varié infiniment suivant les cas traités. Pour les inflammations aiguës, la bande fut laissée jusqu'à vingt-deux heures par jour ; pour les inflammations chroniques de deux à trois heures, au maximum.

Nous avons appliqué la méthode, chez neuf malades différents, trois femmes et six hommes.

Deux de ces malades avaient des ostéites limitées du pied. Chez l'une, pour une arthrite bacillaire de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, la bande élastique, au bout de vingt jours, n'avait donné aucun résultat ; nous dûmes procéder à un grattage.

Chez l'autre malade, il s'agissait d'une ostéite du calcanéum qui n'était pas améliorée après dix-sept jours de traitement. La lésion paraissant augmenter, il fallut faire l'évidement.

Trois malades, atteints d'ostéo-arthrite tuberculeuse du cou de pied, durent être amputés de jambe. Le premier après quatre mois

de traitement par la méthode de Bier ; le second après trois mois ; le troisième, enfin, voyait survenir, au bout d'un mois de traitement, une nouvelle série d'abcès provenant de l'articulation tibio-tarsienne. L'amputation devint indispensable. Pour trois autres malades, le résultat fut incertain. L'un, atteint de tumeur blanche supparée du cou de pied, vit plusieurs fistules se tarir. Mais un gonflement persista et, quatre mois après le début du traitement, il fallut ouvrir un nouvel abcès en formation.

Un autre présentait un pied empâté et douloureux. Une suppuration chronique paraissait imminente. La bande de Bier sembla l'améliorer notablement. Un troisième, enfin, vit s'amender, assez nettement, une tumeur blanche du poignet. Mais, prématurément, il quitta l'hôpital.

Nous avons essayé aussi la méthode chez un homme atteint d'arthropathie tabétique du pied. Un mieux sensible survint. Mais le repos et les pansements humides simples, simultanément appliqués, avaient déjà provoqué, antérieurement, semblable résultat. Le fait n'est donc guère démonstratif.

Nous signalons enfin l'observation très nette d'un phlegmon de l'index, qui cessa rapidement d'être douloureux et regressa sans suppuration.

Somme toute, d'après notre expérience, les résultats restent des plus douteux et ne diffèrent guère de ceux donnés par les autres modes de traitement.

Actinomycose cervico-faciale

avec M. Arquembourg, interne

Bulletins de la Société de Médecine du Nord 1906. — Écho médical 1906, p. 169.

Un cantonnier qui n'a jamais travaillé aux champs, sans antécédents d'aucune sorte, sans stigmates syphilitiques, présente du gonflement de la joue et du trismus. — Une véritable tumeur se développe qui englobe tout le maxillaire inférieur gauche ; des fistules s'établissent et donnent issue à un pus abondant. — Le diagnostic d'actinomycose ne peut faire de doute. — La recherche du parasite reste pourtant négative. Mais le malade guérit par le traitement ioduré simple en moins de trois mois.

Contribution à l'étude de la conduite à tenir dans les amputations accidentelles

AVEC M. GEORGES PETIT, INTERNE

Echo médical, 1906, p. 157

Depuis bien longtemps, la conduite à tenir en présence des amputations accidentelles, est l'objet de nombreuses et longues discussions entre chirurgiens. Le mémoire de Reclus paru dans la *Revue de Chirurgie* (janvier 1896) passa à l'époque pour révolutionnaire ; mais il semblait avoir tranché nettement la question. Avec lui on disait : plus d'amputations traumatiques.

Cette doctrine était, de l'avis de Reclus lui-même, « révolutionnaire à force d'être conservatrice. »

Les excellents résultats obtenus l'imposèrent à tous ; et la pratique généralisée confirma l'efficacité de la méthode.

Nous avons eu l'occasion d'observer, en moins de quatre mois, dans le service de notre excellent maître M. le professeur Folet, une importante série de grauds traumatismes ayant porté sur les membres.

Neuf blessés se sont présentés à notre observation :

Six blessés par le chemin de fer ; trois par des machines industrielles.

Et nous avons pu suivre : une amputation de cuisse ; sept amputations de jambe ; deux amputations de bras ; une amputatiou de main ; une amputation de deux doigts. Au total : neuf blessés et douze amputations.

Or, sur neuf blessés, sept et non des moindres ont parfaitement guéri, deux sont morts et nous nous sommes demandé si une conduite différente n'eût pas donné des résultats plus satisfaisants.

Nous avons donc essayé d'établir si quelques modifications ne pouvaient être apportées, dans certains cas particuliers, au dogme moderne de la conservation quand même et, de la complexité des faits, nous avons voulu dégager les indications.

Après avoir rappelé les idées de Reclus sur l'embaumement nous rapportons 6 observations personnelles, dont l'une, en particulier, relate le cas d'uue blessée, victime d'un accident de chemin

de fer, qui eut les deux jambes et l'avant-bras droit coupés. Malgré cet énorme délabrement, la guérison fut obtenue.

Ces 6 observations, qui, toutes, aboutirent à la guérison, montrent bien les incomparables avantages de la méthode de Reclus. Ceux-ci résultent surtout :

1° De la gravité des amputations immédiates ;

2° De la possibilité d'éviter les « sacrifices énormes » exigés par les interventions précoces.

Nos observations confirment simplement ces affirmations, aujourd'hui classiques.

Mais le chirurgien peut-il et doit-il, dans tous les cas, se contenter de l'expectative et attendre, un mois et souvent plus, que la réparation spontanée des tissus lui ait indiqué l'endroit où il fera porter son intervention?

C'est ce que nous envisageons dans un dernier chapitre ; et, à ce propos, nous relatons l'histoire de deux blessés, qui sont morts malgré l'application rigoureuse des principes de Reclus.

Dans l'une de ces observations, il s'agit d'un alcoolique âgé de 63 ans, obèse et athéromateux, ayant eu la jambe droite écrasée sous un train ; il mourut, du reste, plutôt de collapsus que d'infection. Un énorme moignon sphacélé, autour d'un os dénudé, donnait naissance à un pus d'odeur fétide. L'état général périclitait rapidement. Lorsque, cinq jours après l'accident, notre Maître, M. le Professeur Folet, pratiqua l'amputation de la jambe, il était trop tard.

La seconde de ces observations est celle d'un homme amputé accidentellement de la jambe gauche par une roue de wagon et qui mourut cinq jours après son accident.

De l'étude de nos neuf observations, nous nous sommes cru autorisés à tirer les conclusions suivantes :

1° La méthode d'expectation de Reclus, expectation antiseptique, donne le plus souvent d'excellents résultats aux points de vue vital et fonctionnel;

2° Il ne nous semble pas prudent d'abandonner les antiseptiques locaux, pour pratiquer l' « embaumement aseptique »;

3° Nous avons remarqué la rapidité du bourgeonnement des

plaies « embaumées » et nous attribuons ce fait à la rareté des pansements que comporte la méthode ;

4° Au point de vue de la loi des accidents du travail, l'expectation ménage l'intérêt des deux parties en diminuant l'exérèse et en réduisant au minimum l'incapacité de travail ;

5° Les exceptions de la méthode sont encore mal définies.

Il nous semble qu'il faille intervenir :

1° Lorsqu'il y a trop grand danger d'infection ;

2° Lorsque l'état général du blessé s'aggrave par la présence du moignon en voie de sphacèle.

Il importe, dans ces deux cas, de rejeter l'intervention immédiate et d'attendre vingt-quatre ou quarante-huit heures la disparition du schock initial.

3° Si l'infection est déclarée, il faut d'abord lutter contre elle, mais ne pas tarder à intervenir si elle fait des progrès.

A propos de deux cas de masque ecchymotique de la face sans compression du tronc

Communication à la *Société de Médecine du Nord*, Séance du 26 octobre 1906.

AVEC M. ARQUEMBOURG, INTERNE.

Echo médical, 1907, p. 13.

Le masque ecchymotique de la face doit son nom à l'aspect particulier de la face et du cou du malade qui présentent une teinte générale violacée semée d'un piqueté hémorrhagique plus clair.

Cette affection signalée dès 1873 par Willers a été observée depuis par un certain nombre de cliniciens étrangers ; mais elle est encore très peu connue en France où elle a été étudiée pour la première fois en 1905 par M. le professeur agrégé Lejars (*Semaine médicale*, 19 avril 1905) : nous nous sommes proposé uniquement de tirer quelques considérations de deux cas nouveaux, l'un observé par nous dans le service de M. le professeur Folet, l'autre communiqué par M. le docteur Vanverts, qui a eu l'obligeance de nous en remettre l'observation.

Ces deux faits pouvaient s'ajouter au petit nombre d'observa-

tions connues, une trentaine environ; ils le devaient surtout, en raison de cette particularité inusitée que l'infiltration survint en l'absence de toute compression au tronc.

Voici ces deux observations :

Observation I.— S..., Germaine, 27 ans. Profession : cigarière.

N'a jamais été malade : entre à l'hôpital pour rétroversion et déchirure du périnée, avec incontinence des matières fécales. Dans un premier temps nous avons pratiqué une périnéorraphie et un curettage.

Quelques jours plus tard nous entreprenons la fixation de l'utérus à la paroi, par les ligaments ronds suivant le procédé de Doléris. Un interne commence l'administration du chloroforme, après s'être assuré que le cou ne subit aucune constriction. Au bout de quelques instants la malade présente de l'excitation, elle cesse de respirer et bleuit fortement ; puis, les inspirations se rétablissent et l'agitation cesse. On la met alors en inversion, et l'intervention est commencée.

En dépit du rétablissement de la respiration, le visage reste violacé, et le chloroformisateur, inquiet de l'aspect asphyxique de sa malade, nous fait part de ses craintes. La face et la partie supérieure du cou, jusqu'au niveau d'une ligne régulièrement circulaire passant par le cricoïde, présentent une teinte générale violacée. Cette teinte est très foncée sur le front, les paupières, le menton et le cou ; moins foncée sur les joues. Quant aux régions situées sous le masque à chloroforme, elles sont également colorées. Sur le fond sombre se détache un piqueté hémorragique plus ou moins marqué suivant les régions. Les ecchymoses sont très nombreuses au front, à partir de la racine des cheveux : très nombreuses également aux paupières qui toutefois ne sont pas tuméfiées ; très nombreuses enfin au cou, dans toute la zone limitée en bas par une ligne horizontale passant par le cricoïde, et en arrière, par 2 verticales descendant du lobule des oreilles ; le piqueté est plus discret sur les joues et le menton ; les ecchymoses sont moins nombreuses sous le masque à chloroforme, les ailes du nez et les lèvres ne présentent pas d'infiltration sanguine ; cependant, les deux tiers supérieurs du nez et la région des joues placés également sous le masque offrent un piqueté fort net. Les yeux sont

respectés; pas d'ecchymoses sur les conjonctives; la malade n'a pas eu de troubles oculaires consécutifs. Pas d'ecchymoses dans la bouche.

Au moment où nous observons tous ces symptômes, il n'y a aucun phénomène inquiétant : la respiration est régulière et le pouls excellent. Nous nous sommes trouvés certainement en présence d'un cas très net de masque ecchymotique.

L'opération s'est poursuivie normalement; une heure après, la teinte violacée a disparu absolument, mais le piqueté hémorrhagique ressort encore plus net sur le fond clair de la peau.

Le lendemain, le masque est un peu plus foncé; les jours suivants, il s'atténue progressivement : 4 jours après l'intervention, le piqueté hémorrhagique du front, des paupières et du nez est encore très marqué; il s'atténue déjà au menton et aux joues. Au bout de 9 jours, le piqueté est encore visible au cou, aux joues, au nez et aux paupières, à peine au menton, encore fort net au front. Le piqueté du front disparaît le dernier au bout d'une quinzaine de jours.

Les suites de l'opération furent normales.

Observation II. — (Due à l'obligeance de M. le docteur Vanverts.)

D..., 49 ans : Fièvre typhoïde dans l'enfance. Gros mangeur. En 1895, à la suite d'une journée de chasse, oppression qui cède rapidement.

A été soigné pendant les années suivantes par plusieurs médecins pour une lésion cardiaque.

Au début de 1900 ces troubles s'accentuent : amaigrissement, affaiblissement, oppression après le moindre effort, sensation de pesanteur et de déchirure à la région épigastrique. A supprimé toute boisson alcoolique depuis plusieurs mois.

Le 21 mai 1900, époque où je suis appelé pour la première fois à voir le malade, je constate que le pouls est faible, irrégulier et inégal; je ne perçois pas de souffle au cœur. Le foie semble normal. Râles de congestion aux deux bases. Artères dures. Rien dans les urines. L'usage de la digitale en macération donne une amélioration notable; le cœur bat plus énergiquement; mais reste et restera toujours irrégulier.

Le régime de la digitale est continué pendant plusieurs mois; puis, alterné avec l'emploi du strophantus.

L'état général se maintient assez bon; cependant les jambes sont parfois œdématiées et le foie augmente progressivement, quoique lentement, de volume.

En mai 1901 et en juin 1902, se produisent des accés de délire avec piqueté hémorragique de la face que je décrirai plus loin.

En juillet 1902, le malade part à Vichy, à mon insu; il y fait une crise d'asystolie, est renvoyé à Lille par le docteur Linossier qui le met au régime lacté et au repos absolu. Toute médication est supprimée; l'état s'améliore.

En octobre 1902, l'état du cœur est moins bon. L'organe est irrégulier. Le régime digitale-strophantus est repris: on lui joint de fréquentes administrations de calomel.

Amélioration consécutive; les poumons restent congestionnés aux bases; le foie continue à augmenter et les jambes sont fréquemment œdématiées.

Dans la nuit du 12 au 13 mai 1903, sans aucun prodrôme, D... pousse un cri et veut sortir de son lit.

Je suis appelé aussitôt et voici ce que je constate: le malade veut marcher et se lever; il est très violent et est maintenu avec peine par deux hommes; il marche tantôt d'un côté, tantôt de l'autre et se heurte au mur; il semble ne pas entendre ce qu'on lui dit et crie d'une façon presque continue et inintelligible. Son visage est couvert de petites taches violacées noirâtres qui occupent aussi le cou et cessent dans la région des clavicules. Il y a une émission involontaire d'urine; la langue a été mordue.

Au bout de trois quarts d'heure environ le calme commence à se produire. La conscience reparaît progressivement et le malade n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé. Il ressent une grande lassitude. Le cœur est très rapide et plus irrégulier que d'ordinaire.

Le lendemain le piqueté hémorragique persiste. L'état général est satisfaisant. Les yeux sont un peu jaunes.

Le piqueté hémorragique s'amende progressivement et disparaît en quelques jours.

Le docteur Carrière voit le malade le 15 juin. Il reconnaît l'existence d'un souffle au premier temps dans la région de l'appen-

dice xyphoïde saus propagation vers l'aisselle ou vers le dos. La pointe bat dans le cinquième espace et est un peu rejetée vers la gauche. Rate grosse. Foie très volumineux. Faux pouls veineux.

Pendant les mois de mai, juin et juillet l'urine renferme 0 gr. 10 à 0 gr. 25 centigrammes d'albumine par litre; puis l'albumine disparaît. Pas de glycosurie.

En juin 1903, nouvelle crise avec piqueté hémorragique du visage et perte de connaissance comme précédemment.

La mémoire diminue; parfois apparaissent des vertiges. Le 27 juillet 1903 nouvelle crise, annoncée par une sensation de brouillard devant les yeux. A cette crise qui fut moins forte que les précédentes le visage présenta une coloration bleuâtre uniforme; mais pas de piqueté hémorragique.

22 août 1903, crise avec piqueté hémorragique du visage.

10 septembre 1903, le docteur Thiroloix (de Paris), consulté, conclut à une artério-sclérose hyposystolique. Traitement : théobromine; strophantus; scammonée; suppression de la viande.

En 1904 quelques crises.

Novembre 1904. Epanchement pleural droit. Ponction. Un demi-litre de liquide citrin.

Décembre 1904. Jambes très œdématiées. 0 gr. 25 centigrammes d'albumine dans l'urine. Nuits mauvaises. Oppression.

Aggravation progressive. L'épanchement pleural s'est reproduit. Mort le 27 mai 1905.

Ces deux observations semblent jeter un jour nouveau sur la pathogénie de l'affection ou tout au moins montrer un mode nouveau de production du masque ecchymotique.

La compression du tronc, en effet, semblait jusqu'ici indispensable à la formation du masque ecchymotique typique de la face et du cou; tout au moins dans les observations publiées jusqu'ici jamais cette compression n'avait fait défaut.

Si nous décomposons, en effet, les 27 cas réunis par Lejars, nous trouvons 7 blessés qui avaient subi des compressions de l'abdomen et 20 autres dont le thorax avait été serré. A ces faits nous ne saurions ajouter que ceux signalés par MM. Morestin et

Le Dentu (Société de Chirurgie, 27 décembre 1906) où le masque semblait être survenu chez des individus pliés en avant sur un plan résistant tandis qu'ils subissaient une pression violente sur la région lombaire.

Nos deux observstions présentent au contraire cette particularité très uette que l'état ecchymotique s'est produit en dehors de toute compression. Elles s'inscrivent donc en faux contre cette opinion qu'il s'agit « toujours d'une pression brusque considérable et momentanée de l'abdomen ou du thorax, ou des deux ensemble.

Nous avons recherché de quelle importance pouvait être cette absence de compression du tronc pour expliquer la pathogénie du masque ecchymotique. Il nous a semblé qu'elle venait à l'appui de la théorie de l'effort indiquée par M. Lejars.

En effet, quelle autre cause aurions-nous pu invoquer?

Le chloroforme seul ne saurait être incriminé. Ses accidents sont bien connus; celui-ci ne lui fut jamais imputé. Le plan incliné pouvait-il l'être davantage. Nous ne l'avons pas cru, le simple regorgement passif du sang dans le système cave supérieur n'étant pas suffisant pour expliquer une lésion allant jusqu'à l'éclatement des vaisseaux. Au reste l'une ou l'autre de ces deux causes n'existait pas dans le cas de M. Vanverts.

« Restait dono la théorie de « l'effort thoraco-abdominal avec » grande inspiration suivie de l'occlusion de la glotte et de la » contraction énergique des muscles de la paroi abdominale. Dans » ces conditions la pression intrathoracique monte à un degré qu'il » est malaisé d'apprécier mais qui peut être considérable ; et cette » pression qui chasse au dehors le sang artériel, le contenu du » ventricule gauche et de l'aorte fait refluer le sang veineux, » lequel trouve béantes devant lui les veines jugulaires ».

M. Lejars avait écrit ces lignes à propos des formes atypiques, incomplètes du phénomène, que l'on observe dans la mort par suffocation où l'ecchymose ponctuée a été observée par Ollivier, d'Angers, puis par Tardieu ; formes atypiques que l'on observe également « dans certains accouchements, après des convulsions, « des vomissements, des crises d'épilepsie, dans la coqueluche. », M. Lejars citait même dans son article le cas du malade épileptique de Pichler qui « s'éveille le matin au bas de son lit ; la face est

» d'un rouge sombre parsemée d'innombrables hémorragiss ponc-
» tiformes qui vont jusqu'à la dimension d'un grain de chènevis ;
» on les retrouve sur le peleis, le pharynx, le larynx, la cloison des
» fosses nasales et en petite quantité sur le manche du marteau à
» gauche ; au cou la limite de la coloration est nette et correspond
» eu col de la chemise de nuit ; il n'y e pae d'hémorragie intra-
» oculaire, pas de troubles visuele, pas d'elhuminurie. »

Mais M. Lejars n'a guère insisté eur ce cae et le cite seulement comme forme atypique : pourtant la symptomatologie en est absolument caractéristique et suffirait déjà seule à démontrer que lee signes du maeque ecchymotique peuvent exister au complet sans compression violente du tronc. Comme l'a dit M. Le Dentu « la compression intense du ventre rend parfaitement compte du plus grand nombre des cas de masque ecchymotique » ; mais il en est d'autres où cette cause n'intervient en aucune façon.

Nos deux oheervations, viennent donc, à point, e'ajouter utilement au fait unique de Pichler, puisque le rôle de l'effort dans la production du phénomène en ressort très nettement ; M. Vanverts insiste en effet sur lee efforts de son malade qui, « très violent, est maintenu avec peine par deux hommes ». Chez notre femme, l'arrêt de la reepiration par occlusion prolongée de la glotte au moment des efforts de la période d'excitation, indique clairement que le masque ecchymotique s'est hien produit suivant le processus invoqué par M. Lejars.

Chez lee hlessée, comprimés ou tamponnés, le phénomène résulte certainement de l'effort violent fait par l'homme, dans sa lutte instinctive contre les forces qui le menacent.

Un autre point sur lequel nous avons encore attiré l'attention, est la limitation particulière du maeque ecchymotique.

On sait que l'infiltratiou ecchymotique ee localise, en général, à la face et au cou, jusqu'au niveau d'une ligne circulaire qui n'atteint pas les clevicules. Quelques exceptions, il est vrai, infirment cette règle. Dans les faits observés par Neck, Braun et Milner; les ecchymoses descendaient sur le thorax, l'ahdomen et les membres supérieure. Dans le cae de Milner, une bande de peau eaine correspondait au point comprimé par la hretelle. Mais la limite presque constante fait collier à la partie inférieure du cou, au-dessus des

clavicules, et la constriction exercée par le col de la chemise a été invoquée pour expliquer cette limitation.

Certains faits tendent à appuyer cette opinion ; nous en avons rapproché, chez notre malade, l'aspect moins coloré des téguments sous le masque à chloroforme. Bien que ces faits semblent donner raison à la pathogénie invoquée, nous avouons que l'explication ne nous a pas satisfait. Le col de la chemise n'a joué, en effet, aucun rôle chez notre première malade, pas plus que chez le blessé de M. Morestin. La racine du cou, chez eux, marquait pourtant la frontière régulière des teintes ecchymotiques.

D'autre part, l'action du masque à chloroforme ne nous paraît pas davantage démontrée ; en effet dans toutes les observations que nous avons pu consulter, nous avons trouvé signalée une atténuation habituelle de l'affection au niveau des ailes du nez et de la lèvre supérieure. Le masque à chloroforme ne sera donc intervenu que pour accentuer un processus général.

Un point reste acquis : une compression locale, telle la compression exercée par le passage d'une bretelle, peut protéger efficacement les téguments contre les ecchymoses. Mais l'influence du col est insuffisante pour expliquer la limitation presque constante de l'affection, suivant une ligne régulière à la région cervicale. Un détail curieux reste là à élucider.

En résumé les points sur lesquels nous avons insisté sont les suivants :

1° Le masque ecchymotique typique peut être produit par une autre cause que la compression thoraco-abdominale ;

2° Il peut être produit simplement par un effort (inspiration prolongée suivie de mouvements violents d'expiration, la glotte étant fermée) ;

3° La limitation des ecchymoses au niveau de la base du cou ne me semble pas avoir comme cause principale la constriction par le col de la chemise.

MEMBRES

Fracture oblique de l'humérus au niveau des tubérosités. Réduction sanglante.

Société de Médecine du Nord, 1904, p. 249. *Echo médical*, 1904, p. 487.

Les fractures de l'extrémité eupérieure de l'bumérus sont rendues particulièrement intéressantes par les difficultés bien connues du diagnostio, et surtout par la gravité du pronostic.

La proximité de l'articulation, celle du paquet vasculo-nerveux, et particulièrement le voisinage du nerf circonflexe, font trop souvent aboutir ces fractures à une impotence plus ou moins complète du membre. Ce sombre pronostic se réalise presque fatalement quand il s'agit d'une fracture irréductible.

Il semblerait, dès lors, que le traitement de ces lésions devrait bénéficier aujourd'hui plus amplement du progrès de la chirurgie; et l'intervention sanglante devrait être résolument acceptée, toutes les fois que la réduction et la contention ne sont pas suffisamment obtenues. Les chirurgiens ne sont pourtant pas d'accord :

Les uns, procédant des méthodes de temporisation, obtiennent, par de simples manœuvres, une coaptation, plus ou moins parfaite; la consolidation ou l'établissement d'une néarthrose sont ensuite recherchés par des électrisations ou des massages. En général le membre ne recouvre pas ainsi son intégrité primitive, mais il reste néanmoins susceptible de mouvements assez étendus qui lui permettent de rendre quelques services.

Les autres, plus résolus, ouvrent délibérément le foyer de fracture, recherchent les extrémités osseuses, établissent les rapports anatomiques, font la coaptation sous le contrôle de la vue, et cherchent à rendre au membre son activité fonctionnelle immédiate.

L'observation que voici témoigne de l'excellence des résultats qu'il est possible d'obtenir ainsi :

D... Louis, 14 ans, entre à l'hôpital Saint-Sauveur, service de M. le professeur agrégé Gaudier, le 29 avril 1904.

Il raconte qu'en grimpant le long d'un mur, il a fait une chute de 2 mètres environ. Il est tombé en arrière, le coude gauche portant le premier sur le sol.

Les mouvements sont immédiatement abolis et le sujet s'est douté qu'il avait « quelque chose de cassé dans l'épaule ».

A l'examen, il existe une ecchymose étendue de tout le moignon de l'épaule. Le membre semble, à ce niveau, élargi transversalement.

A la partie antérieure, sous l'apophyse coracoïde la peau adhérente au tendon du grand pectoral est comme amincie, une crête osseuse transversale, d'une largeur de 2 centimètres 1/2, la distend immédiatement au dessus de cette partie adhérente. Cette crête osseuse suit les mouvements de la diaphyse humérale ; elle en représente l'extrémité supérieure.

Dans la région deltoïdienne, sous l'acromion, on peut difficilement percevoir la tête articulaire, qui n'est pas en continuité avec le corps de l'humérus, mais paraît occuper sa situation normale. Le diagnostic s'impose : fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus au niveau du col chirurgical, ou peut-être un peu plus haut, maintien de la tête articulaire en position, luxation du fragment inférieur en avant et en dedans, sous l'apophyse coracoïde.

La radiographie est démonstrative, le fragment inférieur se superpose au fragment supérieur, et il semble bien y avoir une ascension du fragment inférieur d'au moins 3 centimètres.

Un premier essai de réduction sous chloroforme ne donne aucun résultat, les manœuvres sont du reste limitées par la crainte de perforer les téguments.

Le 30, sous chloroforme, M. Gaudier incise en avant et pénètre dans le foyer de la fracture, rempli de sang. L'extrémité supérieure du fragment inférieur est venue se loger sous la peau en embrochant la partie antérieure du deltoïde.

Le fragment inférieur est basculé en avant. L'épiphyse supérieure est à sa place normale.

La fracture est bien oblique ; elle est dirigée d'avent en arrière et de haut en bas. Elle passe en avant à 1 cent. 1/2 au-dessous du col anatomique pour finir en arrière, un peu au-dessus du col chirurgical.

La réduction par traction et contre-extension est facilitée par l'introduction, dans le foyer de fracture, d'un ciseau à froid qui repousse en arrière et en bas le fragment inférieur et lui fait reprendre sa place.

Les deux fragments parfaitement réduits, une griffe métallique de Jaccoël assure la coaptation.

Le périoste est suturé au-dessus du trait de fracture. Petit drain. Extension continue. Réunion par première intension. Au huitième jour, la mobilisation est commencée.

Le résultat dès le quinzième jour est merveilleux ; l'enfant fait tous les mouvements d'élévation et arrive à placer le bras derrière le tête. Il est présenté 8 jours après l'accident à la *Société de Médecine du Nord*. L'intégrité fonctionnelle peut être considérée comme complète.

Que conclure de cette observation ?

Le fait se défend de lui-même, d'autent que la lésion, abandonnée à elle-même, eût abouti, sans doute, à la pseudarthrose. M. Le Dentu, dans un cas presque superposable au nôtre, mais traité par les méthodes non sanglantes, constata une consolidation tardive suivie d'impotence (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1876). Lejars dut opérer tardivement pour un fait analogue (*Revue de Chirurgie*, 1894), et l'intervention, malgré son retard, donna un excellent résultat. A ce propos, Lejars rappelle deux cas de Burns où la restauration de la forme normale de l'épaule et la restitution intégrale des mouvements furent obtenues opératoirement après plusieurs semaines et même quatre mois d'impotence considérable. — Quatre observations de Jetter signalent des faits analogues.

Enfin, l'intervention immédiate, dès 1863 (Esmarck 1887 et Helferick), fut plusieurs fois pratiquée, toujours avec un égal succès.

Il ne faudrait rien exegérer, mais ces observations tendraient à démontrer que, dans les cas complexes, la temporisation mène à l'impotence fonctionnelle ou à une opération secondaire. D'autre

part l'opération immédiate ou secondaire a donné déjà de très beaux euccès.

Pourquoi dès lors attendre ?

En présence d'une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérue, si celle-ci est difficilement réductible, même eous chloroforme, si la peau est meoacée, si la contention n'est pae parfaite, le chirurgien doit recourir d'emblée à une opération qui ouvrira délibérément le foyer de fracture, et permettra *de visu* de parer à toutes les indicatione. Il nous paraît avec M. Lejars que cette opération est toute indiquée, « plutôt que de courir les mauvaises chances d'une infirmité défiuitive, ou d'une intervention tardive, plue difficile encore et de résultat plus douteux. »

C'est le raisonnement que nous avons tenu au sujet de notre malade ; et le succès nous a donné raison. Non pas que nous voulions médire du traitement par le massage et l'électrisation ; tous les chirurgiens ont eu assez souvent l'occasion d'en constater les merveilleux effete pour savoir ce que l'on peut en obtenir ; et, en connaissance de cause, ile furent, dans notre cas, rapidement employés comme adjuvants. Mais, l'irréductibilité des fragments sous chloroforme, l'aminciesement de la peau commandaient primitivement l'intervention. Or, le résultat fut tel que, dans tous les cae de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus avec déplacemente des fragments, nous sommes en droit de nous demander si le massage et l'électrieation seuls peuvent permettre le retour aussi complet de l'intégrité fonctionnelle du membre.

Fracture compliquée de l'avant-bras

Société de Médecine du Nord, 5 nov. 1906. — *Echo Médical,* p. 562.

Présentation d'un homme tombé, en juillet 1906, d'une hauteur de 7 à 8 mètres et qui présentait un traumatisme complexe du bras droit dont les caractéristiques principales étaient les suivantes :

1° Luxation du cubitus et du radius en arrière ; 2° fracture du cubitus à la partie moyenne ; 3° large plaie de l'avant-bras compliquant la luxation et la fracture, ouvertes l'une et l'autre ; 4° frac-

ture esquilleuse de la cupule radiale; 5° vaste épanchement eanguin noyant l'articulation du coude.

La plaie fut prolongée en arriére, permettant ainsi de cueillir l'esquille radiale puis de nettoyer et de réduire à ciol ouvert l'articulation. Enfin à l'aide d'une griffe de Jaccoel, les deux fragments du cubitus furent assemblés et fixés. Deux drains, evant réunion compléte, traversérent le bras au niveau de la fracture et de la luxation.

Résultats : Les mouvements de flexion et de pronation sont très étendus, tandie que la pronation et la eupination s'indiquent seulement. La main fonctionne assez bien, mais sans force eußsante encore, en raison d'une atrophie persistante de ses muscles et de ceux de l'avant-bras. Enfin, il convient de signaler l'exietence jusqu'à ce jour de troubles vaso-moteure ceractérisés par la coloretion violacée des téguments et leur hypothermie au niveau de la main.

Le résultet définitif n'en reste pas moins trés remarquable et inattendu à la suite d'un traumatisme aussi sérieux.

Fracture de la rotule survenue au cours de la rupture d'une ankylose du genou

Démonstration du mécanisme des fractures indirectes de la rotule

PRÉSENTATION DE MALADE

Société de Médecine, 5 nov. 1906, *Écho Médical*, p. 562.

Une fracture de la rotule fortuitement survenue au cours d'une rupture d'ankylose et semblant commander la souplesse reconquise de l'articulation peut sembler un fait insolite et paradoxal. Une semblable fracture, véritable fracture orthopédique contraste singuliérement par ses affets evec les résultats fonctionnels détestables trop souvent observés. L'histoire nous a paru digne d'être rapportée, par les commentaires qu'elle comporte.

La voici : D..., Arthur, ane, tombe, le 22 Août 1906, d'une heuteur de 7 mètres et nous eet amené à l'hôpital eens autre lésion qu'une fracture de cuisse au 1/3 moyen. Après 3 mois d'extension continue, la consolidation ne s'était pas produite, M. le professeur

Folet ouvrit le foyer de la fracture et trouva une bride musculaire interposée aux fragments. Ceux-ci libérés, leurs extrémités taillées en bec de flûte furent réséquées sur une étendue de 2 à 3 centimètres. 2 griffes de Jaccoël fixées en avant et en dehors assurèrent une parfaite coaptation. Les suites furent excellentes. En 3 semaines, la soudure osseuse s'affirmait déjà. Six semaines après l'intervention, d'aplomb sur une jambe solide, le blessé quittait l'hôpital.

Malheureusement, le genou restait ankylosé. Nous pouvions, il est vrai, pour rendre son jeu à l'articulation, compter sur la marche, l'exercice et les massages. Inutile espoir : en avril 1906, D... se présentait à nous, là jambe raide, sollicitant un certificat d'accident de travail. Nous lui proposons la mobilisation du genou sous le chloroforme. D... l'accepte sans hésiter, très désireux d'ailleurs de voir s'atténuer une infirmité qui le prive d'exercer sa profession de menuisier.

Je constate une ankylose à peu près complète. La jointure ne dispose que de mouvements très limités ; pendant l'inertie musculaire, la rotule n'est pas fixée sur les plans profonds ; sa mobilité normale me semble cependant très nettement diminuée. Le cal fémoral est toujours appréciable. A son niveau, les téguments sont intacts, mais il semble que les plans musculaires, assez atrophiés, se soient solidarisés à l'excès avec le squelette.

Le 10 avril 1906, je pratique la mobilisation forcée de l'ankylose. Or, tandis que sous l'anesthésie, je m'efforce de fléchir l'articulation, un craquement éclate et je perçois nettement la rupture de solides adhérences. En même temps l'angle de flexion augmente brusquement. Le membre est alors replacé dans l'extension et je constate la production immédiate d'un épanchement œdémateux périarticulaire suffisant pour rendre toute exploration difficile et obtuse. Je songeai toutefois à la possibilité d'une fracture de l'extrémité supérieure de la rotule, mais je ne pus préciser absolument le diagnostic.

Le malade fut soigneusement et régulièrement massé. Afin d'éviter de nouvelles raideurs il se leva 2 jours après notre intervention et, rapidement, il put marcher dans la rue.

Quelque temps après, je revis ce malade.

L'ankylose demeurait partiellement vaincue ; néanmoins, la flexion restait encore insuffisante.

Une nouvelle mobilisetion fut acceptée. Je la pratiquai sous le chlorure d'éthyle et, déeireux de bien mettre à profit le tempe restreint de l'anesthésie, je négligeai, je l'avoue, d'examiner la rotule. Sans grands efforts je pus largement dépasser l'angle droit. Ainsi que la première fois le blessé fut laissé sane appareil et remis presqu'immédiatement sur pieds.

Aujourd'hui, le genou a retrouvé en grande partie sa souplesse. S'il n'etteint pae l'extréme flexion, tout au moins en approche-t-il ; le blessé marche sur une jambe solide, raccourcie de cinq centimètres environ, mais sans faiblesse apparente. Il peut se mettre à genoux et, très satisfait, a retrouvé le moyen d'exercer son métier.

Un dernier examen m'a révélé fortuitement l'existence d'une frecture rotulienne trés certainement produite par mes premières manœuvres de mobilisation. Le trait de fracture longe le bord supérieur de l'os. Le fragment détaché e la forme d'un croissant ; sa largeur la plus grande n'excède pas un centimétre. Au maximum de la flexion l'écertemeut des fragments ne dépasse pas un centimètre $^1/_2$. Il semble bien d'ailleurs que cet écartement soit indispensable aux mouvements retrouvés de l'articulation.

L'observation qui précède offre de multiples intérête.

Je n'insiste pas, sur les détails concernent la fracture du fémur, désireux seulement de mettre en relief les parties de l'observation qui ont trait à la fracture rotulienne.

Celle-ci, en effet, e'st inopinément réalisée suivant un mécanisme vainement essayé par les expérimentateurs, en vue de rendre indiecutable notre conception purement théorique des fracturee indirectes de la rotule. Elle prend einsi, croyons-nous, la valeur d'une incontestable démonstration.

Rappelons, d'ailleurs, à son propos, les recherchee de Chaput (*Bulletin de la Société Anatomique*, 1888) :

« Nous avons essayé, écrit cet auteur, de produire expérimen-
» talement des fracturee par arrachement de la rotule. Nous noue
» sommes servie à cet effet d'une pince epéciale faite par M. Collin.
» Cette pince à mors larges et etriés serrait le tendon du triceps
» avec une force coneidérable grâce à une vis de rappel sitûée à
» l'extrémité de ses branches. Cette pince était fixée à une chaîne.

» Enfin, la chaîne était réfléchie plusieurs fois autour du col du
» fémur mis à nu par des débridements convenables ; enfin, elle
» était arrêtée par un gros clou planté dans l'os iliaque.

» La rotule étant ainsi fortement fixée, nous produisions une
» flexion brusque de la jambe, soit en laissant tomber de la hauteur
» d'un mètre un poids de 15 à 20 kilogs attaché à l'extrémité de la
» jambe, soit en donnant un vigoureux coup de maillet sur la
» jembe elle-même. La force dont nous disposions était considé-
» rable puisqu'elle agissait à l'extrémité d'un levier du deuxième
» genre dont le bras de la puissance était plus de dix fois plus long
» que celui de la résistance. En effet, le point d'appui, c'était le
» bord supérieur de la rotule fixé par le tendon du triceps, fixé lui-
» même par la pince, la résistance étant le milieu de la rotule où
» la fracture devait logiquement se produire, la jambe tout entière
» constituant le bras de levier de la puissance. La force avec
» laquelle nous pouvions agir sur la rotule dépassait 400 kilogs.

» Il nous est arrivé invariablement dans nos expériences d'en-
» tendre un craquement sec ; nous croyions la rotule brisée, mais
» il n'en était rien, c'était régulièrement le tendon du triceps qui
» cédait. Il se faisait une sorte de clivage des surfaces supérieure
» et inférieure du tendon que la pince entraînait dans ses bras
» tandis que la partie moyenne s'étirait et finissait par se rompre.

» Le nombre de nos expériences s'élève à 32. Nous les avons
» variées de mille façons sans réussir à obtenir ce que nous cher-
» chions, de telle sorte que notre conviction est *qu'il est impossible,*
» *au moins sur le cadavre, de produire une fracture purement indirecte*
» *de la rotule.....* »

En somme, ces fractures transversales se produisent sous la brusque contracture du quadriceps fémoral, la rotule étant appuyée sur les condyles dans la 1/2 flexion du membre. Bien certainement sur le cadavre, il était impossible de réaliser l'intervention active du quadriceps ; mais d'ingénieux artifices, tels ceux imaginés par Cheput, semblaient permettre d'approcher la réalité des faits. Le tendon tricipital étant solidement fixé en hyperextension, la flexion forcée devait faire céder la rotule. L'événement a démontré la vanité de l'expérience et l'os n'a jamais cédé.

Or, dans notre cas, sous l'influence de la flexion méthodique

d'un genou ankylosé, subitement, la fracture transversale se produisit. Comment avait-elle éclaté ? Evidemment, d'abord il faut admettre une fragilité particulière de la rotule, fragilité résultant sans doute d'une sorte d'atrophie osseuse analogue à l'atrophie musculaire observée au cours des fractures. Il faut convenir d'ailleurs que la rotule, os sésamoïde, pouvait et devait même participer à la distrophose du triceps fémoral. Le défaut de résistance osseuse existait donc ici; il avait toujours manqué aux expériences de Chaput et expliquait d'ailleurs leur insuccès.

Comment, d'autre part, se réalisaient, chez notre sujet, les conditions indispensables à la fracture par arrachement. A première vue, puisque l'accident survint au cours de la rupture d'une ankylose, il semblerait possible d'admettre que la rotule enclavée dans une gangue fibreuse inextensible aurait éclaté sous la pression intérieure des condyles fémoraux mobilisés. Mais, nous l'avons vu, la rotule chez notre blessé n'avait pas perdu toute liberté, le manchon fibreux de l'ankylose ne présentait pas une bien grande densité et, enfin, les mouvements du genou si rapidement retrouvés ne permettent pas de croire à la rigidité invincible des ligaments et tendons périarticulaires. Une certaine souplesse existait donc encore ; nous ne pouvons admettre l'hypothèse d'une sorte d'éclatement.

En vérité, il s'agit bien ici d'une véritable fracture par arrachement et voici, à notre avis, comment les choses se sont passées :

Au niveau de la fracture du fémur le muscle crural interposé aux fragments mit obstacle d'abord à la consolidation. Une opération permit de réséquer la bride musculaire qui s'opposait à la formation du cal et bientôt celui-ci fut constitué. Mais le muscle crural longtemps pincé, bridé, immobilisé et enfin sectionné réagit dans son segment inférieur et se rétracta. Quand la flexion du genou fut pratiquée, ce muscle ne représentait plus qu'une lame fibreuse inextensible, sorte de corde rigide entre l'ancien foyer de fracture et le bord supérieur de la rotule.

Les circonstances avaient ainsi fortuitement réalisé les conditions expérimentales vainement recherchées par Chaput et la fracture se produisit.

Que les faits se soient produits ainsi, j'en veux cbsrcber la preuvs dans les conditions mêmes où ils sont survenus.

Remarquons, d'abord, le siège de la fracturs parallèle au bord supérieur de la rotule et très voisin de ce bord. Ls conetatation a son intérêt si l'on veut bien se rappeler, en détail, la structure du tendon rotulien. Celui-ci, en effet, n'est pas formé, comme on le croit trop souvent, par la fusion indissoluble des tendons du qusdriceps fémoral. A leur point confluent, ceux-ci, au contraire, conservent uns certaine indépendance et Poirier a pu lsur décrire trois couches souvent séparées par des bourses séreuses. « Ces couches, nous dit-il, sont assez intimement unies sur leurs bords par l'intricstion des fibres tendineuses, mais leurs faces ns sont maintenues adhérentes que par un tissu cellulaire peu denss, creusé de grandes cavités ; avec le mancbe du scalpel, il est facile de les séparer ».

Or le plan le plus profond du ligameut rotulien est formé tout entier par le tendon largs et mince du crural, qui s'insère *exclusivement* à la bass de la rotule, dsrrière le tendon commun aux dsux vastes. Les deux vastes, au contrairs, st le droit antérieur s'insèrent bien également à la base de la rotule, en avant du tendon du crural, mais beaucoup de leurs fibres vont se perdre, les unes sur les bords de la rotule, les autres à la face antérieure de l'os et jueque dans le tendon rotulien.

Le tendon du crural, seul, peut donc exercer une action indépendante sur le bord supérieur de la rotule, et l'on s'expliqus aisément le détacbement de ce bord au cours d'une flexion forcés si l'ankylose de l'articulation avait comme facteur principal la sclérose et la rétraction de ce muscle.

Ainsi s'explique encore l'sbsence ultérieure de touts impotence ds l'extension, les fibres tendineuses intactes des deux vastss et du droit antérieur suffisant à l'utile insertion de css grands muscles sxtenseurs.

Ainsi s'explique enfin la rapidité et l'sxtrême facilité avec lesquelles la flexion fut retrouvée. Seule, la rétraction du crural l'sntravait ; aussitôt son point d'insertion détaché, rien ne s'opposait plus aux mouvements. L'intervention, bien involontairement, avait réalisé une véritable fracture orthopédique de la rotule.

De l'ensemble de ces déductions il nous semble résulter clairement que, dans notre observation, une fracture rotulienne transversale s'est produite, par flexion forcée, la rotule étant fixée par la rétraction d'un muscle extenseur. Ce mécanisme est celui-là même que Chaput avait vainement essayé daos des expériences à l'appui de l'hypothèse classique qui explique ces fractures. Cette hypothèse se trouve ainsi confirmée par l'observation directe.

Reconstitution du péroné après résection

Société de Médecine, 1904, p. 199.

Présentatioo d'une radiographie d'un enfant présenté il y a un ao eoviron. A cette époque le sujet avait été atteint d'ostéomyélite du péroné. Cet os tout entier, baigné de pus, s'était laissé extirper en totalité par une incision faite à la partie inférieure de la jambe. La malléole externe était restée en place.

La radiographie montre très nettement qu'un nouveau péroné est en voie de formation.

TÊTE

Arrachement du cuir chevelu

Bulletin de la Société de Médecine, 1905, p. 449.

Une femme, enceinte de huit mois, a le cuir chevelu tout entier arraché par un arbre de couche. La partie occipitale est seule épargnée. Le reste forme capuchon sur la nuque.

Désinfection, sutures, drainage et réunion complète en 18 jours. Nous signalons l'absence d'hémorragie et de douleurs. La grossesse n'a pas été interrompue et s'est continuée jusqu'à terme.

FACE

Ostéosarcome de la branche montante du maxillaire inférieur; remplacement de cette branche par un appareil prothétique.

AVEC LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GAUDIER

Bulletin de la Société de Médecine, 1904, p. 79.

Présentation d'un ostéosarcome du maxillaire inférieur, qui provenait d'un enfant de 15 ans, déjà opéré, un an auparavant, d'un ostéosarcome du tibia gauche (désarticulation de la hanche).

L'enfant présentait dans la région sous-auriculaire une tumeur adhérente à la branche montante du maxillaire, du volume d'une petite noix. C'était, à n'en pas douter, une métastase de l'affection première.

La résection de la branche montante du maxillaire fut pratiquée sans ouverture de la muqueuse buccale et le fragment d'os extirpé, est remplacé par une pièce prothétique en gros fil d'argent, munie à sa partie supérieure d'un condyle de même métal, modelé par M. Caumartin.

Douze jours après l'opération, la réunion par première intention s'est effectuée ; pourtant, par l'orifice de petits drains enlevés six jours après l'intervention, il s'écoule un peu de liquide jaune citrin.

Le résultat immédiat est parfait ; les arcades dentaires ne sont pas déviées ; la malade parle facilement et ouvre la bouche jusqu'à écarter d'au moins un centimètre et demi les arcades dentaires.

A distance, les résultats furent très mauvais. L'ostéosarcome récidiva sur place. La pièce prothétique dut être enlevée et la malade succomba à l'affection quelques mois après l'intervention.

COU

Tumeur de la thyroïde

AVEC LE DOCTEUR GELLÉ

B. Société de Médecine du Nord, 1905, p. 497.

Il s'agit d'un petit néoplasme encapsulé de la glande thyroïde. L'extirpation par énucléation simple avait été trés facile.

La section de cette tumeur, qui, par son aspect extérieur et sa consistance, offrait tous les caractères d'un kyste, montra qu'il s'agissait d'une production solide développée aux dépens de la glande thyroïde.

Constituée par un tissu blanc jaunâtre, mou, laissant sourdre un liquide visqueux, cette néoplasie offrait par places des hémorragies assez développées, dont la coloration rouge brun tranchait sur le tissu jaunâtre voisin.

Histologiquement, la tumeur présente la structure glandulaire. Elle est formée par une agglomération de tubes serrés les uns contre les autres, ayant perdu la disposition lobulée que l'on rencontre dans une thyroïde normale. Quelques-uns de ces tubes renferment quelques masses colloïdes. Presque tous ont une lumière libre ou, au contraire, comblée en partie par des cellules glandulaires analogues à celles qui servent de revêtement glandulaire.

A côté de ces territoires formés de tissu compact se trouvent d'autres régions où le parenchyme glandulaire a été dissocié par une infiltration œdémateuse ou par des hémorragies interstitielles. Cette désagrégation des tubes est parfois tellement accusée que l'on peut voir dans de grandes plages sanguines ou œdémateuses quelques rares tubes complètement isolés les uns des autres.

C'est cette dernière particularité de structure qui, donnant à la néoplasie une consistance extrêmement molle, la fit prendre pour un kyste.

Enfin, par sa structure et par la netteté de ses limites, cette tumeur rentre dans le genre des adénomes et peut être considérée comme une tumeur bénigne de la glande thyroïde.

VOIES AÉRIENNES

Longue épingle présumée œsophagisnne et reconnue, après la mort, fixée dans la bronche lobaire moyenne droite.

EN COLLABORATION AVEC M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GAUDIER.

Bulletins de la Société de Médecine, 1904, p. 7.

Le 1er décembre 1903, Adolphine L..., âgée de 12 ans, est amenée à l'hôpital Saint-Sauveur. Elle a, paraît-il, avalé une épingle trouvée dans la rue et dout elle se servait pour attacher son châle.

L'eufsnt nous déorit elle-même, d'une façon très calme et très posée, d'une voix très nette, la forme de l'épingle qui est à peu près de la longueur du doigt, terminée par une grosse tête (fig. 1)

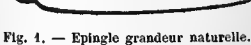


Fig. 1. — Epingle grandeur naturelle.

et comment l'accident est arrivé. Elle s'amusait à aspirer la tête de l'épingle, placée entre ses lèvres pour en provoquer le choc brusque sur la voute du palais. Tout à coup, pendant un mouvement de succion elle se rendit compte que l'épingle s'enfonçait et était avalée sans aucune douleur, sans aucune sensation de piqûre.

L'enfant est amenée à l'hôpital une heure à peine après l'accident.

Nous conststons l'absence totale de troubles fonctionnels. Il n'y a ni dyspnée, ni accès de toux, ni suffocation, la voix est normale; pas de régurgitations, ni de crachats sanglants. Les solides et

les liquides sont absorbés sans difficultés, au point que l'on pouvait se demander si l'enfant avait vraiment avalé quelque chose, ou bien si le corps étranger n'était pas de dimensions plus restreintes que celles qui étaient indiquées.

M. le professeur Charmeil soumet l'enfant aux rayons X. L'écran radioscopique (le sujet étant placé un peu obliquement pour que l'ombre du sternum et des vertèbres ne tombe point au même endroit), montre une ombre circulaire d'environ 11mm de diamétre au niveau de l'extrémité postérieure de la 7e côte à droite. Si le sternum et la colonne vertébrale se superposent le corps étranger disparaît dans l'ombre de ces formations osseuses. En provoquant un léger mouvement de rotation à gauche l'ombre circulaire apparaît à gauche de la colonne vertébrale, au niveau de l'extrémité postérieure de la 7e côte gauche (fig. 2).

Nous en concluons que le corps étranger est exactement sur la ligne médiane, au niveau du disque cartilagineux intermédiaire à la 6e et 7e vertèbre dorsale ; qu'il se trouve dans l'œsophage dont nous connaissons la tolérance. L'absence de tout signe trachéal ou pulmonaire, la position basse de la tête de l'épingle, son volume ne nous permettent pas un seul instant de poser un autre diagnostic.

Il semble donc bien indiqué de faire une tentative d'exploration œsophagienne ; elle est faite avec une pince sonde qui ne sent pas de contact.

L'enfant replacé aux rayons X, l'épingle nous paraît, ainsi qu'aux personnes présentes, enfoncée d'au moins 1 à 2 centimètres.

Pendant une seconde tentative toujours très douce et très modérée, la pince fait une prise. Étant donnés les commémoratifs (l'épingle avalée la pointe en haut), nous en concluons que cette pointe s'est plantée dans la paroi œsophagienne, pendant un effort de la malade. Un peu de salive sanguinolente adhérente à l'instrument semble corroborer cette conclusion.

Nous retournons à l'écran et nous voyons cette fois très nettement, non seulement la tête, mais la tige tout entière de l'épingle. Elle nous paraît au moins longue de 6 à 7 centimètres. Cette tige au point où elle s'unit à la tête est dirigée obliquement la pointe en haut, de haut en bas, et de gauche à droite; la pointe semble



Fig. 2. — Première épreuve radiographique

répondre à l'extrémité postérieure de la 4e côte et se trouver par conséquent entre la 3e et la 4e vertèbre dorsale.

La vue du véritable petit poignard que doit être cette épingle, la situation de la pointe en haut qui doit menacer l'aorte, nous invitent à cesser toute manœuvre par la voie buccale.

L'enfant, du reste, ne paraît nullement incommodée; on conseille aux parents l'entrée à l'hôpital.

Adolphine L..., admise dans le service et surveillée de près, va et vient, joue avec ses camarades, cause et rit, monte les escaliers en courant. Les jours suivants se passent de même, il n'y a toujours pas de toux et pas de trouble de la phonation.

Mais le 9 décembre, c'est-à-dire 9 jours après l'accident, l'enfant présente un crachat sanguinolent, un seul, la température monte à 39° ; elle paraît abattue et expectore dans la journée quelques mucosités bronchitiques. Pourtant l'auscultation ne dénote absolument rien de pulmonaire. Il paraît tout naturel de penser à la formation d'une zone inflammatoire autour de la pointe. Le surlendemain, l'apparition d'un exanthème généralisé composé de grandes plaques ortiées urticariennes semble expliquer cette poussée fiévreuse. Du reste, la température baisse avec la cessation des phénomènes d'urticaire.

Le 12 décembre, la malade nous dit sentir l'épingle dans la gorge. On fait immédiatement l'examen laryngoscopique, il est négatif. Rien n'apparaît dans le larynx, rien dans la partie supérieure du pharynx. Le doigt introduit aussi loin que possible n'a pas de contact.

Pourtant les rayons X montrent l'épingle la pointe toujours en haut ; mais cette fois la tête au niveau de la 1re dorsale, la pointe répond à la 4e cervicale ; elle n'est plus inclinée mais verticalement ascendante. Une radiographie est faite dans cette situation (Fig. 3).

Une nouvelle tentative d'exploration digitale est pratiquée et immédiatement à l'écran, on voit l'épingle revenue à sa situation première.

Le 18, la température qui, depuis deux jours, avait tendance à baisser, remonte à 38°3 ; le 20, au soir, elle est à 38°5 ; le 21, à 39°3 ; le 22 et le 23, à 39°7. Pendant ce temps, l'enfant est placé une ou deux fois à l'écran radioscopique, l'épingle est toujours à la même

place, la tête au niveau de la 7e dorsale. Une ombre apparaît sur le poumon droit et semble indiquer un léger épanchement pleurétique.



Fig. 3. — Deuxième radiographie

On note à l'auscultation un peu de submatité, un léger souffle expiratoire ; quelques râles fins de bronchite, mais toujours pas

de dyspnée. L'enfant a pu supporter cette nouvelle séance radioscopique sans fatigue.

Le 24, au matin, la petite malade expectore une dizaine de crachats sanglants, elle est très abattue Le soir une hémorragie se produit, du sang rouge est rendu par la bouche, en assez grande abondance, sans pourtant qu'il le soit véritablement à flot, et l'enfant meurt en moins d'un quart d'heure, en présentant tous les phénomènes de l'asphyxie.

Autopsie. — Limitée par la volonté des parents.

Le plastron sterno-chondral enlevé, on trouve un peu de liquide séreux légèrement louche dans les cavités pleurales, tant à droite qu'à gauche. Le péricarde contient lui aussi uue certaine quantité de liquide. Le cœur présente un piqueté hémorragique très abondant. Les poumons, soulevés de chaque côté, ne présentent d'adhérences qu'au sommet du poumon droit. Le bloc cardio-pulmonaire est enlevé en totalité et nous allons méthodiquement à la recherche de l'épingle.

L'œsophage, vu par sa face postérieure, paraît normal ; ouvert longitudinalement, nous n'y trouvons pas le corps étranger. A sa partie toute supérieure, une légère ecchymose teinte légèrement la muqueuse dans sa moitié antérieure. Séparant l'œsophage de la trachée, nous ouvrons un petit abcès, situé entre ces deux organes, contenant un dé à coudre de pus. Il n'y a du reste aucune trace de communication entre l'un et l'autre.

L'œsophage enlevé, on incise longitudinalement et avec précaution, la portion membraneuse de la trachée. A son extrémité inférieure, au niveau de la naissance des bronches, nous apercevons l'épingle (fig. 4).

Elle est couchée sur le promontoire bronchique, dirigée de haut en bas et de gauche à droite, la tête engagée dans la bronche lobaire inférieure droite, la pointe fixée dans la trachée, 15^{mm} au-dessus de la bifurcation bronchique. Les bronches contiennent du saug en assez grande quantité, un petit caillot est adhérent au niveau de la poiute qui, dirigée à gauche, doit évidemment menacer l'aorte.

L'aorte descendante est alors disséquée par sa face latérale gauche, puis incisée avec précaution le long de cette face. Au

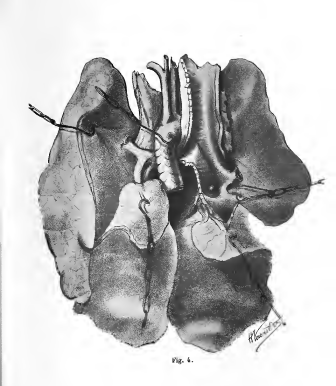


Fig. 4.

niveau de la crosse, eur la face latérale droite, juste à l'endroit où l'aorte est en contact avec la trachée, ee voit une petite ecchymose présentant en eon centre un léger amas fibrineux. Une aiguille mousse à ce niveau, passe dans la trachée le long du corps étranger.

En séparant enfin avec précaution l'aorte de la trachée, on tomhe dans une masse de tissu ecchymotique, de la grosseur d'une noisette, au milieu de laquelle se trouve la pointe de l'épingle. Nous remarquons que l'orifice aortique est déchiqueté comme ei l'organe avait été ponctionné à chaque expiration. Il n'est point douteux que la mort ne soit due à une perforation de l'aorte ayant provoqué une hémorragie qui, sans être très ahondante, a euffi, par son écoulement continu dans la trachée, pour étouffer l'enfant.

L'épingle extraite des voies aériennes mesure cinq centimètres, la tête pasee dans la filière Charrière au nº 26.

Au point de vue anatomique la dissection faieait comprendre certaine détails fort remarquahles.

Le promontoire, comme on l'a souvent dit, était non sur la ligne médiane, mais fortement reporté à gauche.

La hronche gauche se séparait de la trachée suivant un angle obtue voicin de l'angle droit.

La hronche lobaire supérieure droite naiesait au méme niveau que la bronche gauche. Mais la hronche droite, après avoir lâché sa division lobaire supérieure, conservait un volume important et ne se divisait en broncbe lohaire moyenne et inférieure que heaucoup plue has, au niveau de la 7e dorsale; elle reetait médiane, exactement dans le prolongement de la trachée.

Cee dispositione anatomiques expliquent nettement pourquoi la tête de l'épingle paraissait à la radioscopie, et sur la ligne médiane, et ei haese au niveau de la 7e dorsale.

Telle est l'observation brutale d'un fait malheureux. Elle montre toute la difficulté du diagnostic en semblahle occurrence.

Nous insistons tout d'abord sur l'ahsence de signes rationnels immédiats ou tardifs du côté des voies respiratoires.

L'analyee des observations antérieures montre que, dans certains cas, des corpe étrangers ont pu séjourner pendant longtemps dans la trachée et les hronches, sans manifester leur présence. Maie en

regardant de plus près, l'on voit qu'immédiatement après l'introduction, il y a eu une crise de dyspnée quelquefois très courte d'ailleurs, ou bien une sensation douloureuse intermittente, à la partie supérieure du thorax.

En l'absence de ces signes, et étant donnés les renseignements de la radioscopie et de la radiographie, était-on autorieé à supposer qu'un corps étranger long et acéré, à tête volumineuse, s'était engagé dane les bronches plutôt que dans l'œsophage ?

D'autre part, la non constatation instrumentale du corps étranger dans l'œsophage était-elle une preuve que ce corps n'y séjournait pas réellement ?

Il était bien difficile, dans le cas présent, de répondre à ces deux questions ; et la certitude diagnostique ne pouvait être obtenue.

Une enfant joue avec une longue épingle à châle dans la bouche. Elle la suce et, dans un acte inspiratoire, l'avale.

Et d'abord, en raison de cet acte inspiratoire même, pouvait-on conclure aussitôt que le corps étranger avait rencontré l'épiglotte ouverte, et s'était introduit dans la trachée ?

Etant données les dimensions de l'épingle, le mouvement de bascule nécessaire pour qu'elle ait pu s'introduire dans le larynx, la grosseur de la tête qui (nous en avons fait l'expérience), eut passé difficilement entre les cordes vocales d'un adulte, il paraissait, dès l'abord, hasardeux de s'arrêter à ce diagnostic. Il était plus facile d'admettre que l'épingle attirée dans le pharynx par le mouvement d'inspiration avait été tout simplement déglutie vers l'œsophage.

Tout conjurait pour confirmer ce diagnostic. Pas de quintes de toux, pas de gêne respiratoire, la voix était normale et pourtant l'enfant avait été vue presque aussitôt après l'accident.

La radioscopie, pratiquée sur-le-champ, que nous a-t-elle donné ? L'épingle sur la ligne médiane ; la tête au niveau de la 7e dorsale, et les traités classiques indiquent la bifurcation bronchique au niveau de la 3e ou 4e. Le volume de la tête ne permet pas un instant de supposer qu'elle s'est engagée dans une bronchiole de petit volume; et il faut bien conclure encore ici que l'épingle est dans l'œsophage.

Un essai d'extraction avec la pince souple de Collin, maniée avec beaucoup de prudence, parce qu'on suppose que la pointe peut être fichée dans la paroi, fait croire à une prise, mais comme en retirant

doucement rien ne vient; on n'insiste pas et l'instrument est enlevé. Nous sommes restés persuadés que l'épingle en position oblique était fixée dans la paroi œsophagienne. Autre conclusion : attendre ; et comme il n'y a pas d'accidents immédiats, mettre l'enfant au régime des soupes épaisses, purées, etc., et la suivre.

A ce moment, la discussion s'engagea devant la *Société de Médecine du Nord*, aprés examen des radiographies, pour savoir comment on pourrait extraire le corps étranger ? L'épingle restant à la même place, et ne paraissant pas décidée à descendre, quel mode opératoire convenait-il d'employer ? Notons qu'à ce moment l'enfant commençait à faire de la température, que n'avait pas encore expliqué l'exanthème; et la possibilité d'une complication septique péri-œsophagienne, quoique nul symptôme n'en existât encore, peuvait commander un acte opératoire d'urgence.

Nous étions pour notre part assez disposés à une intervention par la voix stomacale, gastrotomie et recherche par le cardia, de l'épingle, soit en employant une longue pince, soit en introduisant par la bouche une fine sonde œsophagienne munie d'un tampon destiné à ramener l'aiguille de haut en bas.

L'avis de plusieurs membres de la Société fut d'attendre en raison du caractère aléatoire des interventions possibles et aussi dans l'espoir d'une oxydation de l'aiguille permettant son élimination par morceaux.

Ceci se passait le soir ; l'éruption, apparue le lendemain sur le corps de l'enfant, leva l'hypothèse d'une complication due au corps étranger, et l'on attendit, pour prendre une décision que rien ne commandait, la chute totale des phénomènes fébriles.

L'enfant reste couchée, est gaie, a de l'appétit; ne présente à l'auscultation aucun signe, mais la température demeure un peu élevée. Nous l'envoyons aux rayons Röntgen, elle monte les escaliers en courant et supporte sans gêne les manœuvres assez longues de radioscopie et de radiographie.

Or, un matin, la radioscopie montra, à notre grande surprise, l'épingle en position haute, dans le cou, et placée de telle sorte que la pointe doit en être sentie par le doigt dans le pharynx, son ombre est nettement sur la ligne médiane, immobile, et l'enfant, à haute voix, prétend la sentir dans sa gorge.

Une radiographie est faite, et l'examen du larynx est pratiqué, car pendant la radioscopie de profil, l'épingle paraît être sur un plan bien antérieur, et l'hypothése de sa présence dans le larynx s'est présentée un instant. Mais à l'examen laryngoscopique, rien n'est constaté entre les cordes vocales st au-dessous.

Nouvelle radioscopie aprés l'examen laryngoscopique, l'épingle est revenue à sa place basse sur la ligne médiane.

Il est évident, mais tout est évident aprés autopsie, qu'à ce moment l'épingle en position trachéo-laryngée aurait été facilement extraite par la trachéotomie, pour éviter la descente du corps étranger pendant les manœuvres du chloroforme et de l'opération.

Mais pouvions-nous supposer cette position ? Nous ne commsttrions plus pareille errsur. A ce moment, malgré que nous connaissions la tolérance relative de la trachée et des bronches, pour certains corps étrangers, il nous parut inadmissible qu'un corps acéré, long et à grosse extrémité, pût d'abord s'êtrs introduit dans le larynx et rester ensuite pendant quinze jours dans une bronche sans provoquer la moindre réaction locale ou à distance.

Un seul point eût pu nous éclairer, c'était la constance avec laquelle l'épingle revenait en position basse au niveau de la 7e dorsale sans jamais descendre plus bas, sans se décider à passer dans l'estomac. Mais n'est-ce point à ce niveau que s'arrétsnt ordinairement la plupart des corps étrangers de l'œsophags, et n'a-t-on pas décrit à cet organe des rétrécissements et des diverticulums qui pouvaient provoquer cet arrêt ; ce ne serait pas le premier corps étranger long et pointu s'arrêtant dans ce conduit.

Un procédé d'exploration eût pu fixer définitivement le diagnostic : c'est la bronchoscopie et l'œsophagoscopie. Maie encore faut-il en posséder l'instrumentation qui n'est pas répandus en France.

Eût-on mieux fait du reste, si l'on avait eu à sa disposition ces moyens d'exploration et d'intervention ?

Nous ne le pensons point. Dans la position basse qu'a presqus toujours occupée l'épingle, toute prise faite, pendant la bronchoscopie, aurait saisi le corps étranger par son milieu, st l'autopsie est absolument démonstrative, toute tentative de traction, dans

ces conditions, aurait eu comme résultat d'enfoncer l'épingle dans l'aorte et de provoquer la mort sur la table d'opération.

Il eût fallu d'abord saisir le corps le plus près possible de sa pointe, le refouler en bas pour le dégager, et seulement dans un troisième temps en pratiquer l'extraction. Mais ce sont des manœuvres que l'on ne formule vraiment bien que par les indications de l'autopsie

---

ABDOMEN

Contusion de l'abdomen. — Hémorragie interne

Bulletins de la Société de Médecine, 1905, p. 212.

V....., en courant, butte contre un rail et tombe en avant sur un autre rail, le choc portant sur l'abdomen, V. ressentit une vive douleur, rapidement apaisée; il retourne à pied chez son patron, puis rentre chez lui pour dîner à midi. A table, il pâlit brusquement, commence une syncope et doit se mettre au lit. La situation s'aggrave rapidement et le pouls très petit devient incomptable. Le ventre est tendu, douloureux. M. Vandeputte fait le diagnostic d'hémorragie interne. A minuit, le malade est conduit à l'hôpital. Je pratiquai immédiatement la laparotomie, le péritoine est inondé de sang. J'estime à plus de deux litres la quantité de sang qui s'écoula aussitôt l'incision. Immédiatement, il fut évident que la source de l'hémorragie était à droite du mésentère. Des tampons sont maintenus dans le flanc droit contre la paroi postérieure de l'abdomen. Je débridai latéralement pour explorer le foie et le rein dont j'ouvris la capsule. Ces deux organes me parurent intacts.

L'aide comprimant toujours, je vidai le petit bassin qui contenait d'énormes caillots. Je cherchai ensuite à voir ce qui saignait. Dès que la main de l'aide cessait la compression, un flot de sang surgissait. Tout ce que je puis dire, c'est que le vaisseau qui saignait se trouvait entre le pôle inférieur du rein et l'iliaque primitive. Le sang était un peu noirâtre et j'en conclus qu'il venait d'une veine. Etait-ce une mésentérique, une colique, une des veines spermatiques, ou une plaie de la veine cave? Impossible de s'en rendre compte. Le malade succombait si je prolongeais mes recherches. Rapidement, à l'aide de quatre grosses gazes, je tamponnai la région d'où venait le sang et le ventre fut refermé par des fils

d'argent. Injection de sérum artificiel. Rapidement le pouls se remonta. Quand je quittai l'hôpital, deux heures plus tard, il était devenu comptable à 150. Le sérum fut doucement continué toute la nuit.

Suites très simples. Le blessé guérit rapidement.

Revu un an plus tard, nous pûmes pratiquer l'exameu du sang qui se montra normal tant au point de vue du nombre des globules rouges, qu'au point de vue de la richesse en hémoglobine.

Au sujet de cette observation, j'insiste sur ce fait que l'hémorragie interne a compliqué un traumatisme abdominal en somme peu considérable.

Une fois de plus, ce cas montrait combien il faut savoir faire de réserves en présence de contusions, mêmes légères, de l'abdomen. Il montrait encore, comment le diagnostic rapide de l'hémorragie abdominale permettait de conduire immédiatement le blessé au chirurgien et, partant, à la guérison.

Traitement chirurgical de l'occlusion intestinale

(avec M. Butruille, interne des hôpitaux)

Ce travail n'a pas la prétention de trancher définitivement la question, ni d'indiquer une ligne de conduite invariable de l'intervention en cas d'occlusion intestinale, cette affection réserve au clinicien de trop fréquentes surprises et comporte trop d'incertitudes. Nul ne saurait prétendre enfermer en des bornes étroites les indications qu'elle peut présenter.

Nous nous sommes simplement proposé de discuter les opinions émises par les auteurs et d'exposer ensuite les remarques et les réflexions faites à propos des malades que nous avons eus sous les yeux. Seize observations recueillies par nous sont décrites au cours de cet article.

Résumant d'abord l'historique de la question, nous rappelons les divergences d'opinion, les conflits, les discussions, toutes les contradictions entre partisans de la simple entérostomie et ceux de l'exploration large à la recherche de l'obstacle.

Nous rapportons ensuite les avis motivés que MM. Folet, Dubar,

Lambret, Lefort, Pauchet et Vanverts, ont bien voulu nous donner sur la question. Pour tous, la règle à adopter n'est pas absolue. Il convient de la modifier suivant les circonstances.

Reprenant enfin les symptômes de l'obstruction et le diagnostic de ses causes, envisageant les deux interventions possibles, entérostomie d'emblée ou laparotomie suivie de cure radicale, nous appuyant d'ailleurs sur 16 observations originales, nous arrivons aux conclusions suivantes :

1° — Pour instituer un traitement efficace de l'occlusion intestinale aiguë, il faut avant tout faire le diagnostic précoce de l'affection.

2° — Le diagnostic posé, il faut éviter de perdre un temps précieux à essayer de nombreux traitements médicaux souvent inutiles. L'intervention chirurgicale doit être immédiate. C'est la condition principale du succès.

3° — Quand le médecin est appelé dans les viugt-quatre heures ou au plus tard le lendemain, la laparotomie est évidemment l'intervention de choix, à la condition qu'elle soit rapidement exécutée par un chirurgien expérimenté.

4° — Trop souvent, le chirurgien n'est appelé à intervenir que le troisième jour et même plus tard. Et alors, souvent la stercorémie a eu le temps de s'installer. L'intestin est distendu, le malade est profondément intoxiqué, il supportera difficilement une anesthésie générale et ne pourra pas résister au shock péritonéal que produirait sûrement une laparotomie avec recherche d'un obstacle quelquefois introuvable.

5° — Nous sommes donc d'avis qu'en présence d'une occlusion intestinale aiguë datant de trois jours et davantage, chez un malade intoxiqué et qui présente un ballonnement considérable, le médecin devra pratiquer le plus vite possible une entérostomie.

6° Cette opération est de celles que tout praticien doit savoir faire. Elle est simple et facile, n'exige pas un outillage très compliqué et ne nécessite que l'anesthésie locale. Rien n'empêche d'ailleurs une exploration digitale rapide aux environs de l'incision iliaque.

7° Le chirurgien de profession sera souvent tenté, dans ces

cas, de faire quand même la laparotomie ; peut être devrait-il résister plus souvent à la tentation et, dans l'intérêt du malade, se résigner à une intervention moins brillante sans doute, mais plus souvent profitable à l'opéré.

Appendice dans une hernie crurale étranglée

Bulletins de la Société de Médecine, 1903, p. 55.

Présentation d'un appendice trouvé dans une hernie crurale droite étranglée.

La malade portait cette hernie depuis 5 ans. Elle était réductible mais douloureuse. La veille, le sujet n'avait pas su la faire rentrer et avait appelé un médecin qui essaya en vain de la réduire.

Le lendemain, nouvelles et violentes tentatives de taxis heureusement sans résultats. La malade rentre d'urgence à l'hôpital. L'opération est faite immédiatement. Dans le sac plein d'un liquide rougeâtre, fétide, on sent un petit boudin de la grosseur du doigt, rond, lisse que l'on prend d'abord pour un étranglement latéral, puis, en raison de sa longeur, pour la trompe herniée. Après désinfection, l'étranglement est levé très serré, et le petit boudin, extrémité cœcale d'uu appeudice très long et très enflammé, est amené en dehors.

Il est réséqué. Il contenait un liquide horriblement fétide.

Le moignon appendiculaire est fixé au dehors ; tout autour, le sac est fermé. Drainage et sutures. Les suites sont très simples.

Par miracle, seulement, cette observation n'est pas venue s'ajouter à la liste trop longue des « méfaits du taxis ».

Appendice enflammé dans un sac herniaire

Bulletins de la Société de Médecine du Nord, 1904, p. 253.

Un enfant de cinq mois est amené à l'hôpital Saint-Sauveur avec le diagnostic de hernie étranglée. L'interne, qui examine le malade, constate dans la région inguinale droite la présence d'une tumeur œdématiée et rouge, descendant jusque dans les bourses,

sonore à la percussion. L'enfant vomissait depuis la veille. Il est mis en position légérement déclive, la hernie se réduit presque spontanément sous un taxis modéré.

La mére emporte son bébé, mais l'interne lui demande, pour plus de sûreté, de le ramener le lendemain. En vingt-quatre heures, la situation devient grave, il se produit des symptômes de péritonite aiguë : ballonnement, vomissements, douleur vive à la pression, température à 39, faciès péritonéal, pouls presque incomptable, la hernie semble s'être reproduite.

Je pratique la kélotomie ; l'ouverture du sac herniaire laisse échapper un liquide louche au milieu duquel flotte un appendice complètement sphacélé, dont la résection est faite. Le cæcum, qui est herniè mais sain, est réduit. Deux gros drains sont poussés dans l'abdomen par l'orifice herniaire.

L'enfant succombe le lendemain, seize heures aprés l'intervention, de phénoménes péritonéaux.

Cette observation montre, une fois de plus, les difficultés du diagnostic entre une hernie étranglée et une appendicite aiguë dans un sac herniaire.

Trés comparable à la précédente, elle plaide également contre les aléas du Taxis.

Epiplocèle tuberculeuse

AVEC M. PETIT, INTERNE DES HÔPITAUX

Écho médical, 1905, p. 209.

La tuberculose herniaire est notée partout comme une affection rare. Nurdin, dans sa thèse (Paris 1898), n'en a rassemblé que vingt-sept observations. Encore s'agissait-il de tuberculose du sac herniaire seul ou de tuberculose des organes prolabés dans la hernie, ou encore de tuberculose herniaire, accompagnant des péritonites tuberculeuses. Les faits réunis ainsi sont, eu somme, des plus divers.

Nous avons vu et opéré, dans le service de M. le professeur Folet, un cas d'épiplocèle tuberculeuse. Cette lésion rare, sa locali-

sation bien limitée au territoire herniaire, la façon dont elle s'est constituée, nous ont paru intéressantes à signaler.

V... Fernand, quarante-trois ans, entre dans le service de M. le professeur Folet, le 26 février 1905. Sa mère est morte à soixante-trois ans de hernie étranglée. Son hérédité est insignifiante et sans tare tuberculeuse.

Il aurait eu à 24 ans uu abcès de la marge de l'anus. L'an dernier, il fit une broncho-pneumonie sans traces consécutives.

Porteur d'une hernie inguinale de la grosseur d'un œuf de poule, il affirme qu'elle rentrait très facilement. La hernie ne fut pas douloureuse, même ces derniers temps, et le ventre ne fut jamais sensible. Les selles étaient régulières. Pas de phénomènes généraux perceptibles pour le malade.

Le 11 février, pendant un effort, le malade ressent dans la région inguinale une sensation de gargouillement et il voit brusquement sa hernie augmenter de volume. Il la fait rentrer facilement et avec gargouillement. Deux heures après, mêmes sensations, mais cette fois la hernie est plus tendue et devient irréductible. Pourtant, les jours suivants, ne surviennent aucun des symptômes de l'étranglement herniaire. La tumeur est dès lors, au dire du malade, dans l'état où nous la trouvons actuellement.

Le sujet présente, dans la région scrotale gauche, une tumeur grosse comme les deux poings, allongée de l'orifice inguinal au testicule. Cette tumeur est mate, dure, rénitente à la palpation. Elle se prolonge dans le canal inguinal par un pédicule gros comme le pouce, que l'on sent jusque dans le ventre. En bas, le testicule indépendant de la tumeur est refoulé en dedans. La réductibilité même partielle est impossible. Pas de douleur, même à la pression. Aucun phénomène d'étranglement herniaire. Pas de transparence, pas d'ascite. Le diagnostic de hernie épiploïque avec épanchement liquide dans le sac, semble s'imposer.

Incision le long de la tumeur. Le sac est très épais. Dès son ouverture il s'écoule quelques gouttes d'un liquide séreux noirâtre, et l'on trouve à l'intérieur du sac, une masse très rouge, noire par endroits, semblant extrêmement vasculaire. Elle adhère au sac de tous côtés. Mais l'adhérence n'est point intime. On fait le tour de cette masse, qui est grosse comme le poing et se continue

dans le canal inguinal par un pédicule nettement épiploïque. Diverses parties, en adhérant entre elles, circonscrivent des cavités remplies d'un liquide séreux.

La consistance molle de cette tumeur fait penser à une lésion maligne de l'épiploon. Le pédicule épiploïque, attiré dans la plaie, est lié puis sectionné aussi haut que possible. Il faut avouer que notre ligature ne paraît pas porter eu tissu parfaitement sain. Nous réduisons néanmoins le pédicule dans le ventre, nous réservant d'aller l'y rechercher, si l'examen histologique vient à confirmer le diagnostic macroscopique. Le sac très épais, adhérant aux tissus voisins, est disséqué puis réséqué ; drainage, pansement.

Les suites furent normales et la guérison rapide.

L'examen histologique fait par M. le professeur Curtis donne un résultat un peu inattendu : « Cette tumeur, nous dit-il, est un énorme lipome, mais un lipome tuberculeux. Il est formé d'amas de graisse, séparés par des cloisons conjonctives et, dans ces cloisons, existe un semis énorme de follicules tuberculeux primitifs. »

Il est bieu évident que uous avions affaire à une tuberculose de l'épiploon hernié.

Cette tuberculose de l'épiploou hernié est, nous l'avons dit, une affectiou rare. Nurdin, sur 27 observations de tuberculose herniaire, n'en rapporte que deux cas. La première est due à Largeau, de Niort, et fut l'objet d'un rapport de M. Lucas-Championnière à la Société de Chirurgie. Elle est résumée aiusi dans la *Semaine médicale* :

« Le fait est assez rare pour mériter d'être rapporté avec quelques détails. Un enfant de cinq ans et demi, délicat, ayant perdu son père d'une affection tuberculeuse de l'abdomen, fut atteint d'une tumeur inguinale pas très douloureuse dans laquelle l'examen clinique révélait nettement l'existence de deux parties distinctes, une *hydrocèle vaginale* et une *épiplocèle* immédiatement superposée. La cure radicale appliquée permit de se rendre compte de la nature de cette altération épiploïque. *Il n'y avait pas de liquide dans le sac*, mais un peu d'adhérence. Un demi-litre d'ascite très claire s'échappa de la cavité péritonéale et l'examen histologique démontra nettement la nature tuberculeuse de cette épiplocèle. L'enfant guérit très bien. L'auteur se demande si l'affection était locale ou si elle

était générale comme le ferait croire l'épanchement ascitique; il est vrai que l'affection a fort bien guéri.

Quoi qu'il en soit il s'agit là d'un fait à peu prés unique, l'examen histologique pratiqué dans le laboratoire de M. Cornil offre toutes les garanties désirables ».

La secoude observation est due à M. le professeur Berger qui trouva dans un sac herniaire « une masse épiploïque étalée en nappe sur toute la surface interne du sac, épaisse d'un centimétre au moins et semée de nodules crétacés. Au centre une petite cavité kystique large comme une noix était ménagée par l'enroulement du feuillet épiploïque, et remplie d'un liquide séro-sanguin noirâtre, tout semblable à celui qu'on rencontre dans les sacs herniaires. Il n'y avait pas trace d'intestin : le pédicule, gros comme le petit doigt, se prolongeait seul dans l'abdomen ; il fut lié et coupé, mais le décollement total du sac était impossible ; à l'orifice profond il adhérait intimement à la paroi interne de la veine fémorale et uns dissection poussée plus loin n'eût pas laissé que d'être dangersuse. Suture, drainage. Guérison rapide. L'épiploon réséqué fut examiné au laboratoire de M. Mathias Duval où fut confirmé histologiquement le diagnostic anatomique, porté pendant l'opération, de tubercules épiploïques (1). »

Indépendamment de la rareté des cas la localisation de la tuberculose à la portion épiploïque herniée, n'est point sans surprendre. Il n'y avait en effet, chez notre malade, pas trace de péritonite tuberculeuse et si la portion de l'épiploon refoulée dans le péritoine était, elle aussi, probablement tuberculeuse, elle devait être infiltrée par propagation. Quand le malade sortit de l'hôpital, cette partie épaissie et abdominale de l'épiploon n'avait encore donné naissance à aucun phénoméne du côté de l'abdomen. Il est possible que l'on n'en voie point survenir.

L'incision simple pouvait, en effet, très bien guérir cette lésion tuberculeuse du péritoine.

Un autre point nous paraît encore remarquable. C'est l'apparition brusque de la tumeur. Si cette tuberculose de l'épiploon avait évolué dans une vieille épiplocéle on eût facilement compris l'in-

(1) Lejars. *Gazette des hôpitaux*, n° 88, pages 801-811.

vasion microbienne de cette portion herniée mal nourrie par un pédicule subissant une constriction permaneute. Certes, cette portion de l'épiploon eut été en état de moindre résistance. Mais la lésion est apparue brusquement, et la tumeur a atteint du premier coup le volume qu'elle présentait au moment où nous voyons le sujet. La tuberculose épiploïque existait donc au moment où l'épiplocèle s'est produite et c'est une portion de l'épiploon déjà tuberculisée qui brusquement s'est introduite dans le canal inguinal.

Cette portion devait habiter ordinairement la hernie. Elle devait être modifiée dans sa nutrition et dans sa structure et ces modifications en ont fait un point d'élection pour l'invasiou de la tuberculose.

Quant à faire primitivement le diagnostic d'épiploïte tuberculeuse, c'était là chose impossible. Celui d'épiploïte avait été porté et celui d'épiploïte tuberculeuse n'eut été possible que par ponction exploratrice et inoculation du liquide au cobaye.

Perforation stomacale simulant l'occlusion intestinale

AVEC BUTRUILLE, INTERNE

Bulletins de la Soc. de Medecine du Nord, 1905, p. 483.

Une malade de trente-trois ans entra à l'hôpital le 23 novembre 1905 dans la matinée, avec le diagnostic de péritonite. Elle avait eu la veille une douleur dans le ventre, brusque et mal localisée. La température est à 36°5, le pouls à 98.

Ventre ballonné, douleur généralisée à tout l'abdomen, sans aucune localisation spéciale. Sonorité uniforme. La malade se plaignait d'une douleur à l'épaule gauche, qui nous fit penser à l'ulcère de l'estomac, d'autant que depuis longtemps existaient des douleurs gastriques. Jamais il n'y avait eu de melœna ou d'hématémèse. La malade avait été à la selle la veille. On prescrivit de la glace sur le ventre et de l'opium à l'intérieur.

Le soir, température : 37°3. 100 pulsations à la minute.

14 novembre. — Matin, température : 37°8. Pouls, 102.

La douleur ne s'est pas accentuée. Le ballonnement est stationnaire. Pas de selle depuis l'avant veille. Devant l'absence de symptômes aigus de perforation, on donne à la malade 30 centigr. de calomel pour lutter contre la constipation. La douleur à l'épaule gauche persiste.

Température, soir : 38°1. Pouls, 105.

15 novembre. — Température matin 37°5. Aucune selle. Pouls 100. Lèvres et dents fuligineuses. Douleur dans tout l'abdomen augmentée depuis la veille. Ballonnement persistant. Facies tiré. Le diagnostic d'obstruction intestinale est posé sans que la cause puisse en être précisée. L'opération est pratiquée par M. le docteur J. Colle, chef de clinique.

A l'ouverture de l'abdomen, les anses intestinales distendues sortent par l'orifice. Elles sont immédiatement garnies de grandes compresses stérilisées.

Dans le flanc gauche l'S iliaque paraît moins dilaté et semble contenir quelques matières fécales solides, palpables à travers la

paroi intestinale. L'angle colique gauche est très accentué et présente quelques brides qui sont facilement rompues. On constata la présence, en cet endroit de la cavité péritonéale, d'une petite quantité de sérosité sans odeur. Les adhérences rompues présentaient l'aspect des adhérences en ficelles auxquelles Quénu attribue certaines occlusions intestinales.

Les anses distendues semblaient ne contenir que des gaz.

L'obstacle parut être levé par la rupture des adhérences, les anses intestinales distendues furent réintégrées non sans difficultés dans l'abdomen par le procédé de la compresse ; la paroi abdominale est suturée en masse au fil d'argent.

Une sonde à entéroclyse introduite alors dans le rectum le plus haut possible, livra passage à des gaz et à des matières liquides.

16 novembre, matin. — Aucune matière ne s'est plus écoulée depuis la veille. Température 37°. Pouls 96, petit. Injection de 250 gr. de sérum. Soir, température 37°1. Pouls 92.

17 novembre. — Facies tiré, temp. 37°, pouls 120, petit et filant. Toujours pas de selle. Le ventre est plus tendu que la veille, le drain rectal est retiré. Il ne s'en écoule rien et il n'est pas bouché.

Nous nous résignons à pratiquer un anus artificiel cœcal, sous l'anesthésie locale à la cocaïne.

Dès l'ouverture du péritoine pariétal il s'écoule quelques gouttes de sérosité. Le cœcum se présente à l'orifice, gonflé et tendu. La paroi est fixée au feuillet pariétal et nous pratiquons une boutonnière intestinale, par où s'échappent des gaz et très peu de matières liquides. Le soir, température : 37°5. Pouls. 125. Injection de 300 gr. de sérum artificiel.

La malade meurt à trois heures du matin. L'autopsie est pratiquée l'après-midi. L'intestin est dévidé sur toute sa longueur, du duodénum au rectum. Quelques adhérences très légères réunissent les anses intestinales. L'appendice examiné en passant ne présentait rien d'anormal. Au niveau de l'S iliaque aucun obstacle au cours des matières. Quelques scybales se trouvent dans le rectum et l'S iliaque. Le péritoine contenait environ 150 gr. de liquide louche qui s'accumula dans le petit bassin après que l'on eut récliné en haut la masse intestinale.

Les recherches furent alors dirigées vers l'estomac, sa paroi

antérieure était intacte. L'épliploon gastro-hépatique est effondré; l'arrière-cavité des épiploons est remplie par un liquide granuleux et nous découvrons presqu'immédiatement une perforation stomacale à bords nets sur la paroi postérieure de l'organe, près du pylore. La perforation est tangente au pylure, ses bords nets limitent une perte de substance un peu plus grande qu'une pièce de 50 centimes.

Il s'agissait donc d'un ulcère rond de la paroi postérieure de l'estomac ouvert dans l'arrière cavité des épiploons. Or le siège de la lésion à la paroi postérieure est relativement rare puisque M. Gross, de Nancy, ne l'a relevé que sur un sixième des cas environ.

La douleur irradiée vers l'épaule gauche nous avait bien fait penser à l'ulcère de l'estomac et l'hypothèse d'une perforation avait été émise, mais de suite abandonnée, devant l'absence du tableau clinique habituel de cette affection. En effet, une femme arrivée à l'hôpital trente-six heures environ après une perforation stomacale, présente habituellement un pouls plus rapide et plus filant que celui de notre malade ; le tympanisme est exagéré et le facies péritonésl existe. Ici rien de semblable, si bien que le seul symptôme sttirant l'attention le surlendemain de l'entrée dans le service, fut la constipation.

Pas de vomissements chez notre malade. La lésion que nous avons trouvée nous explique aussi cette particularité. La contraction du diaphragme et des muscles abdominaux chassait dans l'arrière-cavité des épiploons les matières qui auraient dû refluer vers l'œsophage.

L'apparition tardive de la péritonite de la grande cavité peut s'expliquer par suite de l'oblitération rapide et habituelle de l'hiatus de Winslow.

Les deux interventions pratiquées ne pouvaient pas amener la guérison.

La lapsrotomie n'a même pas permis de faire le diagnostic, puisque la lésion n'était pas visible sans que l'arrière-cavité fût ouverte de parti-pris.

Peut-être un diagnostic précoce aurait-il permis une intervention efficace.

Ce diagnostic eut pu se baser sur l'absence de vomissements,

accompagnant la péritonite, signe sur lequel a jadis insisté M. le professeur Folet, et sur la douleur de l'épaule droite. Dès lors, le diagnostic de perforation de la paroi postérieure de l'estomac établi, il eût fallu aller directement à l'arrière-cavité des épiploons, non point pour suturer la perte de substance, ce qui eut été probablement impossible, mais pour drainer cette arrière-cavité des épiploons en anastomosant à la paroi abdominale les lèvres de l'incision transépiploïque.

Kyste hydatique du foie ; laparotomie ; évacuation ; suture et réduction du kyste ; guérison

AVEC M. PAQUET, EXTERNE DES HÔPITAUX

Echo médical, 1906, p. 148.

Présentation, à la Société de Médecine du Nord, du contenu multi-vésiculaire d'un gros kyste hydatique du foie.

Ce kyste hydatique s'était développé chez un homme de 66 ans sans donner naissance à aucun symptôme. On note seulement de l'essoufflement, la perte de forces, l'amaigrissement. L'appétit était conservé sans dégoût pour les viandes et les graisses ; pas de diarrhée ni de constipation. Les selles étaient colorées normalement. L'intervention consista en l'ouverture de la poche, en l'extirpation d'un nombre considérable de vésicules filles, en nettoyage de la cavité à l'aide de tampons imbibés de formol au centième. Réduction après sutures sans capitonnage ni drainage. — Guérison.

En un mot nous avons appliqué rigoureusement dans ce cas la méthode de Bond consistant dans la suture immédiate de l'incision hépatique sans drainage de la cavité kystique.

Le résultat obtenu fut tellement rapide et parfait qu'il nous sera difficile désormais d'employer une autre ligne de conduite en présence des kystes hydatiques.

Kyste hydatique du foie et ascaris lombricoïde

Echo médical, 1905. p. 235.

Les suites opératoires furent surtout intéressantes chez l'enfant de 13 ans qui portait ce kyste hydatique infecté indécorticable. Il avait fallu faire la marsupialisation. — Opération le 6 juillet.

Le 8 juillet, le pansement est rempli de bile, et les selles sont décolorées. L'état général est si faible, que chaque jour, depuis l'opération, on fait au moins deux litres de sérum. Il y a tendance à la suppuration autour de la poche marsupialisée. C'est du reste à ce niveau au-dessus de la poche que se fait l'écoulement de bile

L'état reste stationnaire pendant les jours qui suivent. L'écoulement biliaire persiste ; le pansement est totalement souillé en 24 heures ; les selles restent décolorées. Il paraît évident que le cholédoque est oblitéré et que toute la bile passe par la fistule.

Pendant un mois, l'état général de la malade ne se relève pas.

Le 8 août, pendant le pansement, nous voyons apparaître au fond de la plaie l'extrémité libre d'un lombric vivant. Il est saisi dans une pince et en l'étirant on arrive à l'extraire de la profondeur. Le jour même, un vermifuge amène l'expulsion par l'anus de quatre lombrics.

Dès lors, tout va rentrer dans l'ordre. La suppuration les jours suivants diminue, l'écoulement de la bile est moins abondant, peu à peu les fèces se recolorent.

Bientôt ce qui reste de la poche kystique se détache et on se trouve eu présence d'une cavité du volume du poing qui commence à bourgeonner.

Trois semaines après l'élimination du lombric, la plaie est cicatrisée, l'état général s'améliore rapidement et l'enfant sort de l'hôpital.

J'ai personnellement revu cette malade au mois de février 1905 et je u'ai pu la reconnaître qu'à la cicatrice addominale, tellement l'enfant était changée, fortifiée et en pleine croissance.

Il est bien évident que nous nous sommes trouvé eu présence d'une observation nouvelle de migration de l'ascaris lombricoïde. Ici, ce ver avait gagné le cholédoque, le canal hépatique, probable-

ment un canal biliaire, puis enfin la cavité laissée par l'extirpation du kyste hydatique.

C'est seulement deux jours après l'incision du kyste hydatique que, par une singulière coïncidence, l'ascaris commença sa migration. Immédiatement, il traduisit sa présence en empêchant la bile de s'écouler vers l'intestin ; du même coup la totalité de la bile passa par la plaie, et l'absence de rétention fit que l'ictère n'apparut point.

Il nous était fort difficile de comprendre la cause de cette oblitération subite du cholédoque. Celle-ci resta inexpliquée jusqu'au moment de l'apparition du ver au fond de la plaie. Ce ver enlevé, le cours normal de la bile se rétablit et la malade guérit rapidement de son kyste hydatique et de sa fistule biliaire.

Cancer primitif de la capsule surrénale

AVEC M. PETIT, INTERNE

Bulletins de la Société de Médecine, 1905, p 187

Présentation d'une pièce anatomo-pathologique trouvée à l'autopsie d'un malade mort dans le Service de Clinique Chirurgicale de l'Hôpital Saint-Sauveur.

Le malade en question fut ameoé avec des symptômes d'occlusion qui nécessitèrent une intervention d'urgence ; à l'ouverture du ventre on s'aperçut qu'il s'agissait d'un cancer du péritoine dont on ne trouva pas le foyer primitif : on vida l'ascite et on resutura la paroi. Le malade, opéré in-extremis, mourut 36 heures après la laparotomie.

A l'autopsie : cancer du péritoine : le grand épiploon, le mésentère, le petit bassin sont envahis par des végétations de consistance molle, de nature cancéreuse.

Le foyer primitif est trouvé dans la capsule surrénale gauche. A ce niveau : tumeur grosse comme une noix, de couleur jaunâtre adhérente au rein dont elle est pourtant à certains endroits nettement séparée par la capsule : quelques petits noyaux cancéreux

dans la partie supérieure du rein gauche. Un noyau gros comme une noix et déjà ramolli est trouvé dans le foie.

M. le professeur Curtis, qui a fait l'examen de la tumeur, lui trouve les caractères du cancer primitif de la capsule surrénale.

En somme : cancer primitif de la capsule surrénale gauche ayant amené la mort par généralisation péritonéale.

Corps étranger du rectum

Présentation à la Société de Médecine du Nord.

Bulletins de la Société de Médecine, 1904, p. 266.

ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Récidive cancéreuse

Bulletins de la Société de Médecine du Nord, 1905, p. 152.

Observation d'une malade qui, sept ans après une hystérectomie vaginale pour fibrome, présente un petit cancer de la cicatrice vaginale et un noyau cancéreux de la région périnéale. Les pièces macroscopiques remises à M. le professeur Curtis sont diagnostiquées par lui « Epithéliome cylindrique qui doit provenir du col ou du corps utérin. »

Grossesse tubaire.

Bulletins de la Société de Médecine, 1905, p. 411.

Présentation d'une pièce recueillie au cours d'une laparotomie pratiquée le 20 juin 1905, à l'hôpital Saint-Sauveur, par M. Oui.

Il s'agit d'une grossesse tubaire du volume d'un œuf de poule avec fœtus et placenta en parfait état de conservation.

Tuberculose du rein droit. Néphrectomie

Écho Medical, 1905, p. 343.

Une femme de trente-quatre ans avait présenté successivement des douleurs lombaires, des accès néphrétiques, des crises d'anurie, terminées par des hématuries, des fréquences douloureuses de la miction, enfin de la pyurie.

L'examen vésical montrait une sensibilité relative en contradiction avec la gêne de la miction. Les reins étaient indolores et

paraissaient peu augmentés de volume. La division des urines établissait nettement que le pus venait du rein droit.

La recherche du bacille de Koch fut négative à plusieurs reprises. La radiographie nous présenta une ombre qui nous fit penser, un instant, à un calcul.

L'epreuve du bleu de méthylène fut très satisfaisante.

L'opération m'a fait découvrir un rein tuberculeux. Néphrectomie. Les suites sont excellentes. Mais la fréquence de la miction persistait trois mois après, malgré la limpidité retrouvée des urines. La cystoscopie nous expliqua ce symptôme persistant. L'orifice uretéral droit et la partie supérieure du col vésical restaient parsemés de granulations bacillaires.

Cette observation témoigne des difficultés d'un diagnostic précis quand le bacille tuberculeux n'est pas retrouvé. Elle montre également la persistance possible de symptômes vésicaux, même lorsque le gros foyer rénal est supprimé.

Un nouveau procédé de cure de l'hypospadias balanique

AVEC M. GAUDIER, AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Rapport de M. Picqué.

Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie, 1904, n° 29, p. 819.

Cette méthode repose sur l'emploi de lambeaux empruntés au prépuce qui, dans presque tous les cas d'hypospadias, affecte la forme d'un large capuchon lâche et comme flétri. Ce capuchon, par ses bords latéraux, vient finir à la partie inférieure sur le pourtour de l'orifice urétral où il se continue avec la peau du fourreau. Voici la description du procédé.

Premier temps. — Le prépuce est étalé entre deux pinces qui en saisissent les deux angles ; les ciseaux le coupent verticalement à droite, puis à gauche, en suivant le profil du bord préputial à un centimètre environ de ce bord jusqu'au sillon balanique.

De cette façon, deux lambeaux latéraux flottants, bien nourris par leur base, sont délimités. Ils affectent la forme de petites bandelettes prismatiques triangulaires, à trois faces par conséquent. L'une des faces est celle de la section, c'est la face cruentée. L'autre

est la muqueuse préputiale. La troisième est cutanée. Le segment préputial situé entre les deux lambeaux est réséqué (circoncision partielle).

Deuxième temps. — De chaque côté de l'ébauche urétrale, toujours marquée par un sillon longitudinal, avivement du gland.

La face cruentée de notre lambeau préputial est amenée au contact avec la surface cruentée glandulaire et l'on suture la muqueuse préputiale à la muqueuse de l'ébauche urétrale, la peau du prépuce à la muqueuse du gland.

Le lambeau droit et le gauche sont successivement fixés dans cette situation.

Dès lors l'ébauche urétrale est bordée de chaque côté par deux lambeaux qui présentent leur surface muqueuse vers la lumière urétrale future.

Troisième temps. — Un bout de sonde est placé dans le sillon urétral. A l'aide des ciseaux, on sépare la muqueuse préputiale de la face cutanée, très peu en profondeur mais sur toute la largeur du lambeau.

a) La muqueuse du lambeau gauche est suturée à la muqueuse du lambeau droit.

b) La peau du lambeau gauche est suturée à la peau du lambeau droit.

L'opération terminée, la partie absente de l'urètre est bien reconstituée aux dépens de lambeaux pris au prépuce. La muqueuse du prépuce devient celle de l'urètre nouveau. La face cutanée forme un véritable frein qui, la rétraction aidant, n'offre rien de disgracieux ni de gênant.

A l'aide d'une seule retouche, le résultat obtenu chez notre opéré fut excellent. L'urètre était large, doublé de muqueuse dans toute son étendue et s'ouvrait au méat.

ARTÈRES DU TESTICULE

Démonstration d'une anastomose funiculo-spermatico-déférentielle. — Son rôle après la section totale du cordon (avec 3 figures en noir et en couleur et une radiographie Thèse Lille, 1902).

Dans ce travail, nous établissons d'abord, que d'élémentaires notions embryologiques rendent vraisemblable une anastomose à plein canal des artères spermatique, déférentielle et funiculaire, au niveau de la queue de l'épididyme. Cette anastomose, ignorée jusqu'ici, fut mise en évidence par nos injections (1), nos dissections et nos radiographies.

Ces différents procédés nous ont, en effet, permis de préciser les constatations suivantes :

1° Les injections poussées par l'une ou l'autre des trois artères spermatique, déférentielle et funiculaire ont toujours rempli du même coup tout leur système artériel.

Ce système artériel est absolument indépendant. En effet, quelle que soit l'une ou l'autre de ces trois artères injectées, l'injection ne repasse jamais que par les orifices de section des deux autres. Si ces deux orifices sont pincés, aucune parcelle de l'injection ne pénètre dans le système artériel scrotal superficiel. Il ne se produit aucune fuite de ce côté.

En dépit des classiques il n'existe donc pas d'anastomoses

(1) Pour nos injections nous avons répondu à la remarque de M. Arrou (circulation artérielle du testicule, thèse Paris 1893) qui faisait observer l'intérêt qu'il y aurait, en ce qui concerne la spermatique, à l'injecter près de la terminaison, et qui regrettait de ne pouvoir y arriver en raison du petit volume de cette artère. La difficulté à vaincre ne nous a pas paru insurmontable. 30 fois, nous aidant de petites aiguilles de Pravaz mousses, nous avons réussi à injecter la spermatique à son entrée dans le canal inguinal. La matière à injection était composée de vermillon ou de minium en suspension dans une solution de gélatine.

appréciables entre les bonteusee périnéales d'une part et les artères funiculo-spermatiques d'autre part.

2°. — A côté de l'anastomose signalée par Testut et Pasteau, entre l'épididymaire (spermatique) et la déférentielle, il existe un gros rameau artériel qui émane de la testiculaire interne (spermatique), à une hauteur variable suivant les sujets. Ce rameau va se confondre avec la déférentielle, et les deux artères réunies, s'abouchant directement l'une daus l'autre, forment une anse continue.

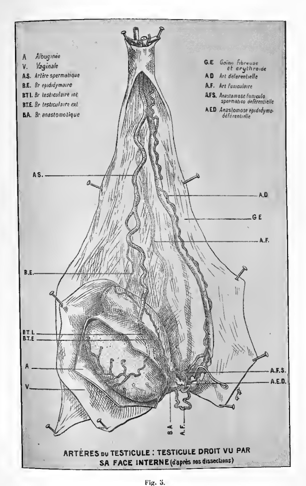
C'est bien là la véritable anastomose entre la spermatique et la déférentielle. Auprès d'elle, l'épididymo-déférentielle (Testnt), que nous avons d'ailleurs souvent rencontrée, est si minuscule que nous la considérons volontiers comme presque négligeable.

Enfin, dans cette anse testiculo-déférentielle, perpendiculairement, en T, se jette un gros rameau qui n'est autre que la terminaison de l'artère funiculaire. Il existe ainsi, entre l'épididyme et le testicule, une anse à trois branches, formée par la testiculaire (spermatique), la déférentielle et la funiculaire, largement anastomosées. A cette disposition, nous avons proposé de donner le nom « d'anastomose funiculo-spermatico-déférentielle » (fig. 5).

3°. — Contrairement aux descriptions classiques qui placent la funiculaire à l'intérieur même du cordon, cette artère est située en dehors de celui-ci, à sa partie postérieure, entre la gaîne fibreuse et l'érythroïde. Cette situation s'est trouvée démontrée.

a) Par nos injections. En effet, celles-ci, sur un testicule et un cordon extraits des bourses avec leurs enveloppes propres, montrent toujours le tronc de la funiculaire saillant à la surface même du cordon jusqu'au voisinage de la queue de l'épididyme. Sur certains points de son étendue, à la partie supérieure surtout, il n'est adhérent que par du tissu cellulaire très lâche, tandis qu'à la partie inférieure, il est solidement appliqué contre les plans sous-jacents par des nombreux rameaux collatéraux qui s'anastomosent entre eux et se distribuent en un lacis fort serré, à l'érythroïde, à la fibreuse et à la vaginale pariétale. Ce feuillet de la vaginale est exclusivement nourri par la funiculaire.

La radiographie met en pleine évidence le réseau capillaire très dense, émané du système funiculaire et formant, autour du cordon, du testicule et de ses enveloppes, un véritable sac vasculaire (fig. 6).



ARTÈRES DU TESTICULE : TESTICULE DROIT VU PAR SA FACE INTERNE (d'après nos dissections)

Fig. 3.

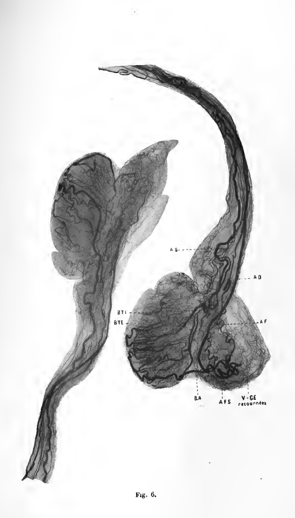


Fig. 6.

b) La situation extérieure de la funiculaire s'affirme encore sur des coupes de segments de cordon prélevés sur l'adulte au cours d'actes opératoires. Les préparations, après inclusion, nous ont toujours fait constater, soit l'absence de la funiculaire vraisemblablement échappée à la ligature et à la section, soit sa situation en dehors du cordon auquel ne la rattache que du tissu cellulaire. On la trouve quelquefois entre le crémaster et la gaine fibreuse (fig. 7).

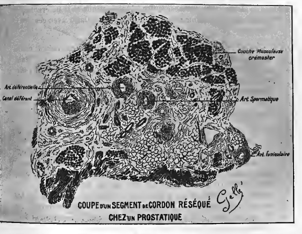


Fig. 7.

Terminons enfin par le point le plus important. La funiculaire arrivée au niveau du pôle inférieur de la glande, s'enroule plusieurs fois sur elle-même, pénètre dans le ligament testiculo-scrotal et s'enfonce au travers des enveloppes propres du testicule. Elle passe tantôt dans l'angle formé par le canal déférent et la queue de l'épididyme, tantôt elle contourne la partie inférieure de ces organes,

tantôt encore elle perfore même la queue de l'épididyme. Enfin, la funiculaire, sans avoir presque rien perdu de son volume, se termine en s'abouchant perpendiculairement, à plein canal, dans l'anse terminale de la testiculaire et de la déférentielle, formant avec celle-ci ce que nous avons appelé « *l'anastomose funiculo-spermatico-déférentielle* ».

Sur 30 préparations nous avons rencontré 28 fois cette disposition. Dans deux cas, elle manquait, ou du moins, ne pouvait être mise en évidence ; l'anastomose entre la spermatique et la déférentielle n'existait pas davantage que celle de la funiculaire avec ces deux artères.

IV.— Le volume des trois artères est assez souvent inégal; celui de la spermatique l'emporte fréquemment sur celui des autres. Mais le contraire est possible, ainsi que je l'ai rencontré plusieurs fois sur des pièces qui montraient la déférentielle ou la funiculaire d'un diamètre égal, sinon supérieur, à celui de la spermatique. Fait très caractéristique, il y a compensation constante entre le volume des trois artères.

L'ensemble des dispositions anatomiques ainsi démontrées permet de comprendre, d'une façon toute nouvelle, la circulation du testicule. En vérité, contrairement aux descriptions classiques, qui donnent à la spermatique une importance presque exclusive et non justifiée, il n'existe pas une artère unique du testicule; il en existe trois, émanées de points très éloignés et qui assurent la nutrition de la glande, aux dépens de l'aorte (spermatique), de l'hypogastrique (déférentielle par la vésicale inférieure) et de l'iliaque externe (funiculaire par l'épigastrique).

Ces trois artères, d'origine si divergentes, convergent néanmoins au niveau de la queue de l'épididyme, où elles forment un large confluent, véritable anse vasculaire à trois branches, que nous avons appelée *anastomose funiculo spermatico-déférentielle*.

En outre, la funiculaire, n'en déplaise au sens étymologique, n'appartient pas au cordon. Les branches collatérales, il est vrai, se distribuent au cordon, mais le tronc artériel reste toujours en dehors de celui-ci, jusqu'à l'instant où, pénétrant le ligament scro-

tal (gubernaculum) et la queue de l'épididyme, il vient contribuer à former le trépied artériel du testicule.

L'afflux sanguin se fait ainsi à la glande par trois srtères différentes, capables de se suppléer mutuellement. Deux de ces artères sont situées en plein cordon ; la troisième chemine seulement à sa surface et doit souvent échapper aux sections et ligatures pratiquées sur ce cordon.

Utilité pratique
de l'anastomose spermatico-funiculo-déférentielle
après la section du cordon

Après la ligature ou la section totale du cordon, le sort du testicule est très variable.

Tantôt il s'atrophie plus ou moins, tantôt au contraire il conserve sa forme, sa consistance, son volume.

Il y a quelque surprise, semble-t-il, à voir un organe placé dans des conditions en apparence identiques, se comporter si différemment suivant les cas.

A ces faits contradictoires aucune explication n'est possible s'ils ne sont éclairés par les notions anatomiques mises en évidence au début de notre travail.

La section des éléments nerveux du cordon ne saurait être invoquée en raison même de l'inconstance de l'atrophie.

La section du canal déférent pour le même motif, ne le saurait être davantage. En effet, l'absence congénitale du déférent n'implique pas toujours l'atrophie de la glande ; son oblitération inflammatoire ne l'implique pas davantage, et enfin, l'expérience chirurgicale a démontré l'absence d'atrophie après la section opératoire du canal.

Reste donc à envisager le rôle de la circulation artérielle comme facteur principal et éventuel de l'atrophie testiculaire, après la section ou la ligature du cordon.

Or, si nous voulons bien nous rappeler : 1° la situation de la funiculaire en dehors du cordon, et le riche réseau vasculaire qu'elle fournit par ses branches collatérales à l'érythroïde et à la fibreuse; 2° l'existence d'une large anastomose, à plein canal, funiculo-spermatico-déférentielle, les faits s'éclairent d'eux-mêmes et toutes les modalités cliniques deviennent faciles à expliquer.

Comment les choses se passent-elles donc immédiatement après la section du cordon ?

Tantôt les suites opératoires sont très simples. Le malade ne souffre pas. Aucun gonflement ne se produit. La réunion se fait

normalement par première intention, sans aucune modification dans la consistance glandulaire.

Plus souvent, quelques phénomènes réactionnels se produisent. Les 1ers jours, se manifestent un peu de fièvre, un œdème assez considérable des bourses, une sensation pénible de lourdeur et de réplétion. Dès le 4me jour ces symptômes s'atténuent et bientôt le testicule a repris son volume. Quelques mois plus tard seulement, il a acquis son état définitif, tantôt absolument normal, tantôt dur et plus ou moins atrophié; tantôt enfin, rarement il est vrai, ce testicule paraît complètement fondu, réduit à un petit noyau ligneux épididymaire.

Comment expliquer des résultats si différents ?

De deux choses l'une :

Ou bien la circulation artérielle, telle que nous l'avons établie, existe sans anomalie, et l'anastomose funiculo-spermatico-déférentielle est perméable ;

Ou bien l'anastomose n'existe pas, ou du moins, elle est absolument insuffisante.

A) La première hypothèse s'est réalisée dans nos préparations 28 fois sur 30 dissections, c'est-à-dire dans environ 93 °/o des cas. Elle constitue donc la règle. Envisageons la situation dans ces premières conditions :

L'anastomose funiculo-spermatico-déférentielle existe.

Premier point à considérer : la funiculaire a pu être comprise dans la section ; elle a pu ne pas l'être. Nous avons voulu nous en assurer. Dans ce but, nous avons, chez des malades atteints de tuberculose épididymo-testiculaire ou d'hypertrophie prostatique, cherché à ramasser, au sortir du canal inguinal, tous les éléments du cordon en prêtant notre attention à bien comprendre toute la masse funiculaire dans nos ligatures, afin de nous être mis dans les meilleures conditions pour que l'artère n'ait pu échapper. Quatre segments de cordons ainsi recueillis furent soumis à l'inclusion et aux coupes. Deux fois la funiculaire manquait. Il n'est pas vraisemblable d'admettre qu'elle n'existait pas ; il est bien plus probable, au contraire, qu'elle avait fui devant les instruments, ainsi que sa situation l'y prédispose naturellement. C'est ainsi, d'ailleurs, que les choses doivent souvent se passer, la plu-

part des opérateurs n'ayant eu, jusqu'à ce jour, aucun souci de comprendre la funiculaire dans leur ligature.

Supposons d'abord que la funiculaire n'a pas été sectionnée ou liée. Pour peu que son volume soit assez notable, normal, dirions-nous, la circulation se rétablit par son canal, grâce à l'anastomose que nous avons décrite. L'organe n'aura jamais manqué de sang. Aucune atrophie ne surviendra. Au contraire, si l'artère est de petit calibre, il pourra se produire une gêne transitoire et un début d'atrophie se manifestera sans doute.

Admettons maintenant que la funiculaire a bien été comprise dans la section. Ici les choses deviennent un peu plus complexes. Les trois vaisseaux sont liés. La circulation est fatalement interrompue dans la glande, si quelque facteur nouveau n'intervient pas. Or, ainsi que la radiographie nous l'a montré, la funiculaire fournit aux enveloppes propres du cordon et du testicule, par ses branches collatérales, un réseau extrêmement serré de capillaires artériels. Ceux-ci, il est vrai, sont absolument indépendants des artères de la paroi scrotale ; nos injections l'ont suffisamment prouvé. Mais tous ces vaisseaux ont entre eux des rapports de voisinage presque immédiats, par l'intermédiaire de la celluleuse, et voici ce qui se produit. Un travail congestif se manifeste, traduit cliniquement par l'œdème que nous avons signalé. Une véritable néoformation vasculaire s'établit aux dépens du réseau scrotal et marche à la rencontre du réseau funiculaire. Bientôt la greffe entre la fibreuse et l'érythroïde, d'une part, le dartos et la peau, d'autre part, est complète. Dès lors, le sang peut passer des honteuses et des périnéales dans la funiculaire. Dans ces conditions, grâce à l'anse funiculo-spermatico-déférentielle, commandée par la funiculaire, la nutrition du testicule est assurée.

Mais ici encore le calibre de l'artère est à considérer. La dérivation sanguine ne peut s'établir avec rapidité que si le tronc collecteur mesure un diamètre assez important. Et c'est ainsi que l'atrophie, résultant d'un défaut transitoire de la circulation, sera plus ou moins complète suivant que la funiculaire se sera trouvée plus ou moins volumineuse.

De toute façon, il n'y a pas greffe du testicule sur la vaginale. Cette greffe en effet ne saurait se produire, puisque, du fait même

de la section de la funiculaire, la vaginale se trouve privée de sang artériel. En réalité, ce n'est pas une greffe testiculo-vaginale, qui se produit, mais bien une greffe funiculo scrotale.

B) Que se produit-il maintenant, quand l'anastomose funiculo-spermatico-déférentielle n'existe pas, ou du moins est tout à fait insuffisante ?

Ces conditions sont réalisées, nous l'avons vu, dans 7 °/₀ des cas environ. Le résultat n'est pas douteux, puisque la circulation ne possède aucun moyen de se rétablir. C'est fatalement l'atrophie complète de l'organe, même si la spermatique seule est liée, et de fait cette atrophie a été observée quelques fois, lors de cures radicales de hernies ou de varicocelles. Nous rappelons encore une fois, à ce propos, que dans deux de nos pièces anatomiques où l'anastomose funiculaire manquait, l'abouchement à plein canal de la déférentielle et de la spermatique manquait également.

Cure radicale des hernies inguinales volumineuses. — Résection du cordon, canal déférent excepté. — Possibilite anatomique de la conservation du testicule, sans atrophie.

(Comptes rendus de l'Association des Anatomistes Année 1907, sous presse).

La cure radicale des hernies inguinales volumineuses exige, pour être durable, la coaptation très exacte des plans pariétaux.

Or, les éléments du cordon, dissociés, épaissis et variqueux à la surface du sac, forment, lorsqu'ils sont disséqués, une masse volumineuse qui remplit plus ou moins le canal inguinal et s'oppose au rapprochement complet des plans musculaires et aponévrotiques.

Pour obtenir une réunion suffisante dans certains cas difficiles, le chirurgien a cru parfois devoir sacrifier le cordon encombrant et le testicule supposé désormais inutile. La castration unilatérale semblait autorisée en pareille circonstance.

Il nous a paru que nous pouvions faire aussi bien à moins de frais.

En effet, il est possible de sacrifier tous les éléments du cordon sans voir survenir l'atrophie du testicule si l'on eut soin de ménager la fibreuse et le canal déférent. L'artère funiculaire, en effet, en dehors de la fibreuse, n'est pas touchée, et le respect du canal déférent assure l'intégrité de la déférentielle.

Or, ainsi que nous l'avons démontré, ces 2 artères s'anastomosent à plein canal avec la branche testiculaire interne de la spermatique et suffiraient, l'une ou l'autre, à dériver le sang vers cette artère. Conservées toutes deux, elles assurent donc certainement la circulation testiculaire (fig. 8) (1).

En fait, plus de 10 observations recueillies dans le service de M. le prof. Folet out donné raison à cette conception anatomique.

Le testicule conservé, après résection complète du cordon, canal déférent excepté, ne s'est jamais atrophié.

Enfin le canal déférent seul n'apporte aucune entrave à la fermeture exacte du canal inguinal et la fonction génitale ne semble pas déchue, la glande ayant conservé uue vascularisation suffisante et ses voies d'excrétion.

(1) Se reporter pour la légende à la fig. 4

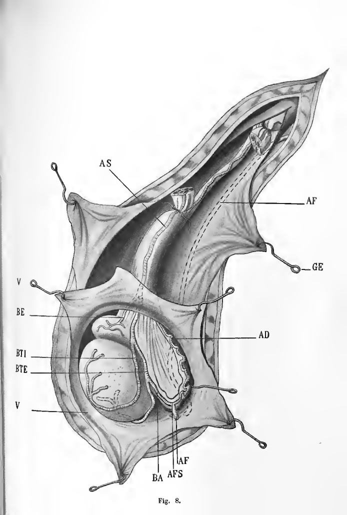


Fig. 8.

De l'importance de l'anastomose spermatico-funiculo-déférentielle pour la cure radicale de l'ectopie testiculaire.

L'indication à remplir pour obtenir la cure de l'ectopie testiculaire est d'abaisser le testicule jusque dans les bourses, de façon qu'il puisse s'y maintenir sans tiraillements.

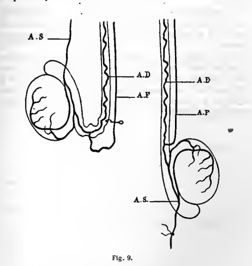


Fig. 9.

Pour rendre cet abaissement possible, le chirurgien pratique le plus souvent des tractions sur les portions inguinales et abdomi-

nales du cordon, et cherche à l'élonger jusque dans le scrotum. Ces tractions sont souvent insuffisantes et le testicule ne descend pas jusqu'en situation normale.

Dans ce cas, la descente du testicule peut être rendue plus complète par la section du cordon, si toutefois le canal déférent est conservé.

Ce canal déférent peut être isolé, en effet, jusqu'au niveau de la queue de l'épididyme. Dès lors, le testicule bascule pôle pour pôle et vient se loger dans le nid scrotal. Sa nutrition pourtant reste assurée, surtout si la partie postérieure de la fibreuse a pu être ménagée.

En effet, comme le montrent nos figures (fig. 9) la spermatique (A S) ayant été coupée, la funiculaire (A F) et la déférentielle (A D) assurent la nutrition de l'organe par l'anastomose funiculo-déférentielle.

Et mon maître, M. le Professeur Carlier, s'appuyant sur mes recherches disait, non sans raisons, au XIX[e] Congrès de l'Association française de Chirurgie, en 1906, qu'il ne craignait pas de sectionner tous les éléments du cordon, à l'exception du canal déférent et de l'artère déférentielle lorsque ces sections étaient nécessaires pour obtenir la descente du testicule.

TABLE DES MATIÈRES

Abdomen.

Organes Génito-urinaires.

Lille — Typ. & Lith. Le Bigot frères